

Al Dirigente Scolastico

Dell'IC \_\_\_\_\_

MOD.1

**RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori  
dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ essendo il minore affetto  
da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da ~~allegata~~ autorizzazione  
medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

*CIA' CONSEGNA TA  
AUA  
Scuola*

la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si  
autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti

provvederanno personalmente alla somministrazione del farmaco e pertanto consegnano/non  
consegnare il farmaco e CHIEDONO al Dirigente Scolastico l'autorizzazione ad entrare nella  
scuola a tal fine.

sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico  
(insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto CHIEDONO che il Dirigente scolastico  
individuï tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione AUTORIZZANDO e  
SOLLEVANDO tali incaricati da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e  
da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

dichiarano la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo  
per età, esperienza, addestramento. In tal caso, consegnano / non consegnano il farmaco

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a  
questo tipo di intervento: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ dei Genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_