

## Richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. di San Giorgio di Piano  
Via Gramsci 15

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) ..... in qualità di  
genitore/tutore dello/a studente (Cognome e Nome) .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via .....  
che frequenta la classe ..... sez. ....  
della scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località ..... Prov. ....

consapevole che il personale non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO  
(barrare la scelta)

che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci come da autorizzazione medica allegata  
.....  
.....  
nei seguenti giorni ed orari:  
.....

Oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZO

Il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione del/dei farmaco/i, sollevando lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto

Il minore stesso all'autosomministrazione del/dei farmaco/i

A tal fine consegno n. .... di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci  
.....

Data .....