

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo Statale di Medicina
Via Gramsci, 2/A — 40059 Medicina (Bo)

I sottoscritti, _____, in qualità di
genitori/tutori dello/a studente _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
che frequenta la classe _____ sezione _____
della scuola _____
sita in via _____ cap _____
località _____ provincia _____

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non
è obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni,

CHIEDONO per l'a.s. 2026/2027

(barrare la scelta)

- ☐ che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata

nei seguenti giorni ed orari:

oppure:

- ☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine ci impegniamo a consegnare n. ____ confezioni integre del farmaco stesso:

☐ in Segreteria

☐ alle docenti di classe/sezione (solo per i plessi di scuola dell'Infanzia e Primaria)

Medicina, li _____

(firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

In alternativa:

Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Medicina, _____

Firma del genitore
