



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
 Istituto Comprensivo Statale Lecco 2 "Don Giovanni Ticozzi"  
 Via Mentana n. 48 – 23900 LECCO – Tel. 0341/495227  
 Cod. Mec. LCIC82400T C.F. 92061410137 Codice Univoco per la Fatturazione elettronica UFY59S  
 E-mail: [lcic82400t@istruzione.it](mailto:lcic82400t@istruzione.it) Posta Certificata: [lcic82400t@pec.istruzione.it](mailto:lcic82400t@pec.istruzione.it) Sito Web:  
<http://www.icsdonticozzi.edu.it>

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE VISITA GUIDATA/VIAGGIO D'ISTRUZIONE**

I sottoscritti .....  
 genitori/tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... , plesso .....,

1. consegnano ai docenti di classe il/i seguente/i medicinale/i

.....  
 affinché sia/siano somministrato/i al figlio/a in caso di.....

Si specificano eventuali indicazioni posologiche essenziali, concordate con il pediatra/medico di base:

.....  
 .....

O, in alternativa,

2. consegnano al/alla figlio/a il/i seguente/i medicinale/i

.....  
 in regime di autosomministrazione.

Si specificano eventuali indicazioni posologiche essenziali, concordate con il pediatra/medico di base:

.....  
 .....

Con la presente si assumono la responsabilità della valutazione della sussistenza delle condizioni necessarie alla corretta conservazione dei prodotti, sollevando il personale docente da qualunque responsabilità derivante da eventuali effetti connessi all'assunzione dei farmaci in oggetto.

Firma dei genitori

.....  
 .....

Lecco, .....