

**Modulo 04 – Disponibilità alla somministrazione del farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaco/i – dispositivo – presidio  
effettuata da (genitori/esercente la responsabilità genitoriale/maggiorenne)  
SIG \_\_\_\_\_ e SIG \_\_\_\_\_  
di (COGNOME E NOME ALUNNO) \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola /asilo nido/CRE \_\_\_\_\_ sezione/classe  
per (indicare patologia) \_\_\_\_\_

acconsento alla somministrazione, come da domanda della famiglia e da certificato medico  
nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione  
di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il bambino/ragazzo possa frequentare la  
scuola/asilo nido/CRE;

La famiglia solleva lo scrivente da qualunque responsabilità derivante dalle modalità di  
somministrazione degli stessi.

Li \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede