



Via Cesare Battisti, 19 – 20815 Cogliate (MB)  
Tel. 02-96460321 – 02-96468302 - Fax 02/9660749  
C.M. MIIC866002 – C.F. 91074000158 – c.c.p. n. 50593201  
mail segreteria: [miic866002@istruzione.it](mailto:miic866002@istruzione.it), pec: [miic866002@pec.istruzione.it](mailto:miic866002@pec.istruzione.it)  
[www.iccogliate.gov.it](http://www.iccogliate.gov.it)

Al personale docente  
Al personale ATA

Classe \_\_\_\_\_

—

**Oggetto: autorizzazione e piano di azione per la somministrazione di farmaco/i in orario scolastico**

A seguito della richiesta fatta pervenire all' Ufficio di segreteria di codesto Istituto,

dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunna/o \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione di farmaco in orario scolastico,

**VISTE**

- la richiesta del/i genitore/i o dell'esercente la responsabilità genitoriale;
- la richiesta del Medico /Pediatra;

**il Dirigente Scolastico ne autorizza la somministrazione.**

**Per la modalità di somministrazione e il dosaggio attenersi a quanto indicato dal medico o dal pediatra la cui copia costituisce allegato al presente modulo.**

Il Dirigente Scolastico  
Maria Beatrice Murdaca

\_\_\_\_\_