



Ministero dell'Istruzione

# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "25 APRILE" – CORMANO (MI)

Via Molinazzo,35 – 20032 Cormano (MI)  
C.F.80126330150 – Cod. Mecc.: MIIC8EN00G  
Tel: 0266301963 – e-mail: [miic8en00g@istruzione.it](mailto:miic8en00g@istruzione.it)  
Pec: [miic8en00g@pec.istruzione.it](mailto:miic8en00g@pec.istruzione.it) – sito : [www.ic25aprilecormano.edu.it](http://www.ic25aprilecormano.edu.it)



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della

Scuola per l'infanzia

Scuola primaria

Scuola secondaria I e II grado

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ C. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

### CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

☒ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

☒ Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

Note – vedi retro

MIIC8EN00G - A35E9AD - AVVISI E COMUNICAZIONI ALLE FAMIGLIE - 0000011 - 26/10/2023 - UNICO - U  
MIIC8EN00G - A35E9AD - CIRCOLARI - 0000019 - 26/10/2023 - CIRCOLARI - U  
MIIC8EN00G - A35E9AD - REGISTRO PROTOCOLLO - 0008012 - 26/10/2023 - IV.8 - U

#### NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà