

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno .....nato il..... e frequentante nell'anno scolastico  
...../..... plesso .....classe.....

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

il personale scolastico individuato alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

**Si allega certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante che riporti le seguenti indicazioni:

- 1) la prescrizione specifica dei farmaci da assumere;
- 2) la modalità di conservazione;
- 3) la modalità e i tempi di somministrazione;
- 4) la posologia;
- 5) la dichiarazione del medico circa la valutazione positiva:
  - della fattibilità della somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario;
  - che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario;
  - che la somministrazione non richiede l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori: (madre) ..... (padre) .....

In fede

Data, .....

Firma madre .....

Firma padre .....