

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Arienzo

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

- Genitore  
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale (allegare documento di delega all'esercizio patria potestà)

dell'alunno/a.....

nato/a il.....e frequentante nell'a. s...../..... la classe ..... sez. ....

- Scuola dell'Infanzia    Scuola Primaria    Scuola Secondaria I grado

Plesso .....

### **CHIEDE**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata (la certificazione medica deve specificare modi e tempi di somministrazione nonché la durata)

A tal fine:

### **AUTORIZZA**

- Il personale individuato dal Dirigente Scolastico della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale atto.  
 Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori: .....**

**In fede,**

**Data .....**

**Firma .....**

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE IN AMBITO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Arienzo

**Il minore** (Cognome)..... (Nome) .....

nato il.....residente a .....

**Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

***(da compilare in ogni sua parte)***

nome commerciale del/i farmaco/i

.....  
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....  
.....

modalità di conservazione.....

durata della terapia .....

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

.....  
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per .....

.....

Data .....

**Timbro e firma del medico**