

**Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte di personale della scuola, in orario scolastico**

Il/la sottoscritto/a ..... nato a ..... il .....

in qualità di  Genitore  Esercente la potestà genitoriale

di ..... nato a ..... il.....

frequentante nell'A. Sc .....la Scuola dell'Infanzia sez .....  Primaria Sez. ....

Media sez.....

**CHIEDE**

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

A tal fine

**AUTORIZZA**

il personale della scuola, ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

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

**Si fornisce** il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati, in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.

**Numeri di telefono utili:**

**medico curante:** .....

**genitori:** .....

**in fede**

**data**

**firma**

\_\_\_\_\_

Il minore ..... Nato a ..... il .....  
residente in ..... alla via .....

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

Le indicazioni per la somministrazione, da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

.....

**Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

.....

.....

.....

**Durata della terapia .....**

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

.....

.....

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

.....

**Data.....**

**Timbro e firma del medico**