

**Oggetto: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

**I Sottoscritti**

..... e .....

**Genitori (o Tutori) dell'alunn\_:** .....

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

in via ....., frequentante la scuola .....

classe ..... sez. ...., essendo il minore affett\_ da .....

e constatata l'assoluta necessità

**CHIEDONO**

la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito ed orario scolastico dell'alunn\_, del farmaco come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal Dott.

..... e

**AUTORIZZANO**

il personale scolastico a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico.

Si dichiara:

- di essere consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile non possiede né competenze né funzioni sanitarie;
- di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco;
- di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito dell'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

– di autorizzare, nel caso, l'auto-somministrazione.

Numeri di telefono utili:

Genitori: .....

Medico redigente: .....

Data, .....

Firma dei Genitori  
(o esercitanti la potestà genitoriale)

.....

.....