

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il/La sottoscritto/a .....  
in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore  
Cognome ..... Nome .....  
nato/a ..... il ...../...../..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....  
la classe ..... sez. .... della scuola .....  
di .....  
essendo il minore affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità

**CHIEDE  
(barrare le voci che interessano)**

- sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite**
- la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
  - la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data .....dal Dott. ....

- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.**

La richiesta è riferita:

- al periodo dal ...../...../..... al ...../...../.....
- al corrente anno scolastico ...../.....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

**Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C)**, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.  
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data..... Firme di entrambi i genitori o tutori .....

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

Genitori .....