

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "D. Cambellotti"  
Rocca Priora

**Oggetto: richiesta somministrazione farmaci**

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
Genitore/i Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_sezione\_\_ Scuola dell'Infanzia /  
Primaria / Secondaria di Primo Grado del Plesso di \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_  
Vista la specifica patologia dell'alunno/a: \_\_\_\_\_

**Richiede/Richiedono**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione medica allegata.

Si autorizza, contestualmente, il personale scolastico disponibile o identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica. Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni.

La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

di accedere alla sede scolastica per poter somministrare il farmaco a mio/a figlio/a.

- Allega prescrizione/certificazione redatta dal \_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- Consegna farmaco specifico (nome del farmaco) \_\_\_\_\_
- Farmaco con scadenza \_\_\_\_\_ (di cui dichiaro di tenere nota io stesso per provvedere in tempo alla sostituzione).

Rocca Priora li \_\_\_\_\_

FIRMA  
Genitore/Tutore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.B. La prescrizione/certificazione del Medico pediatra/ specialista deve specificare :

1. il nome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. le modalità di somministrazione del farmaco
5. la dose da somministrare,
6. la modalità di conservazione del farmaco,
7. gli eventuali effetti collaterali,
8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco.

**Recapiti telefonici:**

Medico Curante/Pediatra \_\_\_\_\_  
Genitori \_\_\_\_\_