



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE NERVIANO

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028 - C.F. 86506140150  
miic85300x@istruzione.it - miic85300x@pec.istruzione.it - www.icnerviano.edu.it

### RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 1)

Al Dirigente Scolastico della

Scuola per l'infanzia

|\_ |

Scuola primaria

|\_ |

Scuola secondaria I e II grado

|\_ |

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

### CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

**Firme congiunte di entrambi i genitori esercenti la patria potestà/tutori/affidatari**

firma del 1° genitore

firma del 2° genitore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

---

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

**Firme congiunte dei entrambi i genitori esercenti la patria potestà/tutori/affidatari**

firma del 1° genitore

firma del 2° genitore

---

*In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Genitori: Madre cell: \_\_\_\_\_ Padre cell: \_\_\_\_\_

**Allegare alla domanda, copia del documento di identità dei genitori/responsabili genitoriali**

- NOTE**
- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
  - La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
  - In caso di cambio istituto o ciclo scolastico deve essere ripresentata
  - I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
  - Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
  - Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

SI AUTORIZZA  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO