



ISTITUTO COMPRENSIVO  
MARTIRI DELLA LIBERTA'  
SESTO SAN GIOVANNI (MI)

*Modulistica*  
**Richiesta somministrazione  
farmaci a scuola (all. 2A)**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO MARTIRI DELLA LIBERTA'  
SESTO SAN GIOVANNI (MI)**

Oggetto: **Richiesta somministrazione farmaci a scuola (all. 2A)**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ (padre/esercitante responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_ (madre/esercitante responsabilità genitoriale)

**GENITORI/ESERCITANTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE**

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante nell'a.s. 202\_\_\_/202\_\_\_ la classe sez. \_\_\_  
della scuola

Infanzia Ercole Marelli

Infanzia Monte San Michele

Primaria Martiri della Libertà

Primaria Barnaba Oriani

Secondaria di primo grado Don Milani

**CHIEDONO**

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 al proprio/a figlio/a dal personale della scuola**

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

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

oppure che, in alternativa,

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

Sesto San Giovanni, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA DEGLI ESERCITANTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE\***

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

● Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337ter e 337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

**FIRMA DEL GENITORE**

\_\_\_\_\_

## **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 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 responsabilità genitoriale.