

Mod. 1

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo  
di Francavilla di Sicilia

### **RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante la classe /sezione  
essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_  
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario  
scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_  
dalla DR. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale  
non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il  
personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto

### **CHIEDONO**

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la  
prestazione\*

### **AUTORIZZANO e SOLLEVANO**

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi  
conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità  
collegate a questo tipo di intervento \_\_\_\_\_

\*Si dichiara la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte  
dell'allievo per età, esperienza, addestramento

SI

NO

Francavilla di Sicilia lì, \_\_\_\_\_

FIRMA

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