

All. 1

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti

Il/La sottoscritt....., genitore dell'alunn.....,  
frequentante nell'anno scolastico ..... la classe/sezione ..... della  
scuola .....

**CHIEDE**

l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici nei giorni.....  
dalle ore .....alle ore.....  
per somministrare al proprio figlio ..... il  
farmaco....., di cui ha  
effettiva e assoluta necessità, come da allegata certificazione e secondo prescrizione  
medica

*ovvero*

che sia somministrato in orario scolastico al proprio figlio .....  
il seguente farmaco ....., di cui ha effettiva e  
assoluta necessità, come da allegata certificazione e secondo prescrizione medica,  
sollevando il personale scolastico individuato per la somministrazione da ogni  
responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia  
farmacologica, se effettuata nelle modalità concordate.

Fornisce i seguenti recapiti telefonici per emergenze:  
.....

Allega certificazione medica.

Lì, .....

Firma dei genitori

.....  
.....

All. 2

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti

Il/La sottoscritt....., genitore dell'alunn.....,  
frequentante nell'anno scolastico ..... la classe/sezione ..... della  
scuola .....

CHIEDE

che che il/la proprio/a figlio/a sia autorizzato ad autosomministrarsi in orario  
scolastico, nei giorni....., alle ore .....  
il seguente farmaco ....., di cui ha effettiva e  
assoluta necessità, come da allegata certificazione e secondo prescrizione medica,  
sollevando il personale scolastico da ogni responsabilità penale e civile derivante  
dall'autosomministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità  
concordate.

Fornisce i seguenti recapiti telefonici per emergenze:  
.....

Allega certificazione medica.

Lì, .....

Firma dei genitori

.....

.....