

## MODULO B

Al/la dirigente scolastico/a  
dell'Istituto Comprensivo "E. Galvaligi"  
di Solbiate Arno

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per terapie farmacologiche brevi**

Il /La sottoscritto/a .....  
in qualità di ☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale  
del minore Cognome ..... Nome.....  
nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....  
la classe ..... sez. .... della scuola .....  
di .....  
essendo il minore affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

#### **CHIEDE**

- ☐ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
- ☐ la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata  
in data ..... dal Dott. ....

La richiesta è riferita:

- ☐ al **periodo** dal giorno ..... al giorno .....

#### **MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO**

- ☐ custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)
- ☐ custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine:

#### **AUTORIZZA**

il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei  
farmaco/i come indicato, **sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità  
civili e penali derivanti da tale atto.**

**Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**, recante la necessità e  
indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.  
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data .....

Firma .....

**Numeri di telefono utili:**

**Genitori .....**

**Medico Curante .....**