

## MODULO A

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

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza**

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

#### **CHIEDE (barrare le voci che interessano)**

- sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
  - 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. .....
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

- al periodo dal ..... al .....
- al corrente anno scolastico ..... / .....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

**Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C),** recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

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

Data .....

Firme dei genitori/tutore .....

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**