

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
A MINORENNI**

Il sottoscritto _____ genitore/tutore
dell'alunno/studente _____ frequentante la classe/sezione
della scuola d'infanzia/primaria/secondaria dell'Istituto Comprensivo "Matteo Ricci"

CHIEDO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico come da prescrizione medica
allegata.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione
del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla
somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Luogo e Data _____

Firma di entrambi i genitori

