

**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

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