

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

Io 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, li \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

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