



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI-SALA"
Via Fiume Neto snc - Località Santo Janni - 88100 – Catanzaro
Tel. e Fax 0961/753118 C.M. CZIC856002 – C.F. 97061290793
czic856002@istruzione.it- czic856002@pec.istruzione.it
web:www.icdonmilanicz.edu.it

Mod. 1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____ essendo il minore
affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da
allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si
autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico
(insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto

CHIEDE

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la * prestazione

AUTORIZZA e SOLLEVA

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta
dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di
intervento: _____

*Si dichiara la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età,
esperienza, addestramento

SI

NO

Catanzaro, lì _____

Firma dei Genitori
