



**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](mailto:czic856002@istruzione.it)- [czic856002@pec.istruzione.it](mailto:czic856002@pec.istruzione.it)  
web:[www.icdonmilanicz.edu.it](http://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  
\_\_\_\_\_