



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI-SALA"
 Via Della Stazione, 93- 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118
 C.M. CZIC856002 – C.F. 97061290793
czic856002@istruzione.it - czic856002@pec.istruzione.it
[web:www.icdonmilanicz.gov.it](http://www.icdonmilanicz.gov.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,li

Firma dei Genitori
