

**Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo Don Milani Sala  
CATANZARO**

**Oggetto: richiesta SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO  
SCOLASTICO A MINORENNI**

I sottoscritti .....

Genitori/tutori dell'alunno/a .....

Frequentante la classe/sezione ..... della scuola primaria/secondaria.....

**CHIEDONO**

Sia somministrata in ambito scolastico la terapia prescritta, al proprio/a figlio/a,  
dal medico curante/specialista o Struttura Ospedaliera\_\_\_\_\_

Allegano la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della  
somministrazione a scuola, recante posologia, orario e modalità, impegnandosi a  
fornire il farmaco.

**S'impegnano inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale  
variazione della terapia e/o della modalità della somministrazione del  
farmaco e ne verificano periodicamente la scadenza.**

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.  
196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data \_\_\_\_\_

Firma\*

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

Recapiti telefonici

---

\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

La somministrazione allo stesso alunno di terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

