

MODELLO 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DEL GENITORE

Al Dirigente Scolastico  
dell'IIS V. F. Pareto

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

GENITORI

oppure SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE

dello studente minorenni (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, a tal fine

**SI IMPEGNA**

a consegnare il/i farmaco/i a scuola ed a garantire i controlli della scadenza.

**AUTORIZZA**

- IL PERSONALE EDUCATIVO E DI SUPPORTO DELLA STRUTTURA OSPITANTE IL MINORE, ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1, SOLLEVANDO, PER QUANTO DI SOPRA PERTINENZA, LO STESSO DA EVENTUALI RESPONSABILITÀ CIVILI DERIVANTI DA TALE ATTO.
- IL MINORE STESSO ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal Medico curante (Modello 1)

Numeri di telefono utili: MEDICO \_\_\_\_\_ GENITORI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma/e

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