

**Richiesta per la somministrazione  
di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali  
in orario e ambito scolastico (alunno/a minorenni)**

Al Dirigente Scolastico

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore dello/a studente \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ di Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;  
preso atto del protocollo tra Dirigenza Scolastica e l'Azienda ASL di \_\_\_\_\_, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data \_\_\_\_\_ (se esistente);  
vista la specifica patologia dell'alunno: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**  
(barrare la scelta)

che sia consentito l'accesso al sottoscritto o alle seguenti persone \_\_\_\_\_  
per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari: \_\_\_\_\_

*oppure:*

che allo studente sia somministrato, da personale scolastico appositamente individuato, il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.  
A tal fine il sottoscritto consegna n. \_\_\_\_\_ di confezioni integre del farmaco necessario (scadenza \_\_\_\_\_).

Il sottoscritto si impegna a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per eventuali comunicazioni: telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_