MODULO A: RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Indro Montanelli

I sottoscritti/o genitori/e dell'alunno/a:	_____
Nato/a a (Prov.): _____	il: ____/____/_____
Iscritto/a per l'A.S.: 2026/2027 presso il Plesso:	_____ _____
Scuola: [ ] Infanzia [ ] Primaria [ ] Sec. I Grado	Classe/Sezione: _____
Telefono / Cellulare Genitore 1:	_____ _____
Telefono / Cellulare Genitore 2:	_____ _____

CHIEDONO / CHIEDE

La somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco prescritto dal medico curante:

- Nome commerciale del farmaco: _____
- Dosaggio e Posologia: _____
- Orario/i di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione (es. T° ambiente, frigorifero): _____

A tal fine ALLEGANO alla presente richiesta:

[ ] **Certificato medico / Piano terapeutico originale rilasciato dal Pediatra/Medico di Medicina Generale in data ____/____/_____.**

[ ] **Farmaco in confezione integra con nome dell'alunno visibile e data di scadenza controllata**.

[ ] **Copia dei documenti d'identità in corso di validità dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale.**

DICHIARANO INOLTRE:

- Di autorizzare il personale scolastico volontario ed incaricato ad effettuare la somministrazione secondo le indicazioni mediche allegate.
- Di sollevare ed esonerare il personale scolastico da qualsiasi responsabilità derivante dal corretto adempimento delle prescrizioni mediche rese.
- Di impegnarsi a consegnare tempestivamente ogni eventuale variazione o sospensione della terapia prescritta dal medico.
- Di rinnovare ed integrare la scorta del farmaco prima della data di scadenza.

Data: ____/____/_____

Firma Genitore 1: _____

Firma Genitore 2: _____