

Prot. n.

Pellezzano

**Modulo di richiesta per la somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico  
in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie**

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto comprensivo  
Di Pellezzano( SA )

I sottoscritti ..... (padre) .....(madre)  
genitori dell'alunno/a ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... nella sede .....

**CHIEDONO**

La somministrazione della terapia farmacologia al bisogno in occasione della comparsa di  
specifiche sintomatologie da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione  
medica che descrive i sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare il farmaco, la  
posologia, le modalità di somministrazione e attesti la **necessità e indispensabilità** della  
somministrazione:

Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni  
responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia.  
Allega l'autorizzazione medica.

Data ..... Firma (padre) .....  
Firma (madre) .....

---

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo: ....

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco: .....

Pellezzano, lì .....

Il Dirigente Scolastico (*Prof.ssa Giovanna Nazzaro*)