

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA**

**I. C. S. MONTESSORI**

Via Montessori, 10 – 20021 BOLLATE (MI)

Tel 02/3502856 – Fax 02/33300186

C.F.97270390152 – C.M. MIIC8EE00G

PEC: miic8ee00g@pec.istruzione.it

**e-mail** **miic8ee00g@istruzione.it**

***RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO***

Prot. n°

Al Dirigente scolastico

I.C. Montessori Bollate

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/tutore dell’alunno/a

frequentante la classe/sezione della scuola d’infanzia/primaria/secondaria di via

# CHIEDE

* la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
* che sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.
* che sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.
* la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizza contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia, di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Si impegna a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento. Recapiti telefonici:

Bollate,

IN FEDE\*

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