



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PIERO TERRACINA"**

**C.M.: RMIC84300T – C.F.: 97200090583**

Sede centrale: Via Luigi Solidati Tiburzi n. 2 – 00149 ROMA – Plesso Scuola Primaria "G. Caproni"

Sedi associate: Sc. Prim. "G. Vaccari" – Via G. Astolfi, 110 – Sc. Sec. di Primo Grado "V. Cardarelli"- Via E. Paladini, 12  
☎ 06.55272394 ✉ rmic84300t@istruzione.it - [www.icpieroterracina.edu.it](http://www.icpieroterracina.edu.it)

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Piero Terracina

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico (da parte del personale della scuola debitamente formato)**

I sottoscritti..... e.....in qualità di  
Genitori/Soggetti che esercitano la potestà genitoriale dell'alunna/o:  
(cognome)..... (nome).....  
nata/o a.....il.....  
frequentante nell'anno scolastico ...../..... la classe.....sezione.....  
sede/plesso .....

**CHIEDONO**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, .....  
coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:

A tal fine:

**AUTORIZZANO**

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori .....

Altri soggetti istituzionali .....

Roma, .....

In fede.

Firma .....

Firma .....

VISTO DELLA DIRIGENTE SCOLASTICA