



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
I.C. ALBERTO MANZI

**Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita**

**Alla Dirigente  
dell'I.C. A. Manzi  
di Villalba di Guidonia**

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

**Chiedono**

(barrare il riquadro di interesse)

- L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Data .....

Firma (padre) .....

Firma (madre) .....