



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

	I.C.S. "LOCATELLI-QUASIMODO"	<b>MOD055</b>
	VIA VEGLIA, 80 – 20159 MILANO	Rev. 2
	<b>MODULO SOMMINISTRAZIONE FARMACI</b>	Data: 14.02. 2025

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC Locatelli-Quasimodo  
via Veglia 80 – Milano

1) Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Genitore  Tutore  Affidatario

2) Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  Genitore  Tutore  Affidatario

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_

Primaria Locatelli     Primaria Rodari     Secondaria Quasimodo     Secondaria Tommaseo

### CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione medica redatta in data \_\_\_\_\_ (allegare prescrizione)

**sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del/i farmaco/i e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Firma di entrambi i genitori/tutori/affidatari:

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore/tutore/affidatario:** "Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori."

Data: \_\_\_\_\_ FIRMA DI UN SOLO GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO: \_\_\_\_\_

Medico prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_

Genitori/tutori/affidatari: cell (1): \_\_\_\_\_ cell (2): \_\_\_\_\_

In allegato prescrizione del medico curante

Codice fiscale: 97505070157 – Codice Univoco UF8C00	E-MAIL: MIIC8DQ00C@istruzione.it PEC: MIIC8DQ00C@pec.istruzione.it
Codice meccanografico istituto comprensivo: <b>MIIC8DQ00C</b>	Codice meccanografico <b>LOCATELLI</b> : MIEE8DQ02G Codice meccanografico <b>RODARI</b> : MIEE8DQ01E Codice meccanografico <b>TOMMASEO/QUASIMODO</b> : MIMM8DQ01D



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

	I.C.S. "LOCATELLI-QUASIMODO"	<b>MOD055</b>
	VIA VEGLIA, 80 – 20159 MILANO	Rev. 2
	<b>MODULO SOMMINISTRAZIONE FARMACI</b>	Data: 14.02. 2025

## NOTE

- La richiesta deve essere consegnata presso la Segreteria dell'Istituto
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio Istituto dovrà essere ripresentata presso la Segreteria dell'Istituto di destinazione
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

Codice fiscale: 97505070157 – Codice Univoco UF8C00	E-MAIL: MIIC8DQ00C@istruzione.it PEC: MIIC8DQ00C@pec.istruzione.it
Codice meccanografico istituto comprensivo: <b>MIIC8DQ00C</b>	Codice meccanografico <b>LOCATELLI</b> : MIEE8DQ02G Codice meccanografico <b>RODARI</b> : MIEE8DQ01E Codice meccanografico <b>TOMMASEO/QUASIMODO</b> : MIMM8DQ01D