

**Modulo 02 – Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno**

- Al Dirigente Scolastico
- Al Coordinatore dell'Asilo Nido
- Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno

della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (barrare la dizione pertinente)  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

Noi sottoscritti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di:   genitori  soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

oppure

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ presso la scuola/Asilo Nido/Centro ricreativo estivo \_\_\_\_\_ (denominazione)

sito in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune di:

\_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

**CHIEDE/ONO**

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

\_\_\_\_\_

Da parte di:

- Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto
- Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
- Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):

---

A tal fine:

**SI IMPEGNA/NO A:**

- fornire alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione ( cotone, disinfettante, guanti, ecc),
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).

Recapiti telefonici:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Soggetto richiedente \_\_\_\_\_
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_
- Medico certificante \_\_\_\_\_
- Altri numeri utili \_\_\_\_\_

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

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:**

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.