

Al  
Dirigente Scolastico  
Prof. Giovanni Montanaro  
c/o Istruzione Superiore "V.  
Dandolo"  
Piazza Chiesa n. 2  
25030 Bargnano di Corzano (Brescia)

**OGGETTO: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte di Personale Scolastico, in orario scolastico.**

I sottoscritti Genitori/Tutori

\_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di  Genitore  Esercente la potestà genitoriale

di \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_

della sede  Centrale di Bargnano di Corzano  
 Coordinata di Orzivecchi Giardino  
 Coordinata di Orzivecchi ITT  
 Coordinata di Lonato

**CHIEDONO**

che sia somministrata allo studente sopra indicato la terapia farmacologica (costituita da uno o più farmaci), coerentemente alla Certificazione Medica allegata (vedasi *Allegato 2.*) per la seguente patologia:

A tal fine

**AUTORIZZANO**

il personale dell'Istituto di Istruzione Superiore "V. Dandolo", ospitante lo studente, alla somministrazione del/i 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 azione può arrecare allo studente.

- Si allega Certificazione Sanitaria rilasciata dal Medico Curante.  
 Si fornisce il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati, in confezione integra, tenendo nota della data di scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico e dovrà essere sostituito in caso di scadenza nel corso dell'anno scolastico stesso.

Indicano inoltre i numeri di telefono utili in caso di necessità:

⇒ Medico Curante: \_\_\_\_\_

⇒ Genitori/Tutori: \_\_\_\_\_

In fede

Firma dei Genitori/Tutori \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_