

**Allegato A1**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

per patologie croniche o in caso di emergenza

I sottoscritti ..... genitori  
di ..... nato/a ..... il ..... residente  
a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
di .....

Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono la **somministrazione** in ambito ed orario scolastico dei farmaci prescritti ed indispensabili.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni  
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Allegano certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate in data .....dal medico curante .....,  
attestante la necessità e indispensabilità della somministrazione del farmaco, con posologia, orari, modalità  
e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.  
Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003

Numeri di telefono utili: Medico Curante ... ..  
Genitori ... ..  
Altra persona reperibile .....

Data .....

Firma .....

Se firma un solo genitore

Il sottoscritto ..... consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non  
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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”

Firma .....