

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di  
ente di formazione professionale

.....  
Via.....  
Comune.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....  
in qualità di genitore/tutore dello/a bambino/a – alunno/a (Cognome e  
Nome).....  
Nato/a a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
che frequenta la sezione/classe .....  
del servizio educativo/ scuola / ente di formazione .....  
in Via ..... Cap .....  
Comune.....Prov. ....

consapevole che il personale educativo / scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla  
somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta)

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in  
orario scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a  
supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

.....  
.....  
nei seguenti giorni ed orari: .....

In fede

Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità  
genitoriale

.....

Data .....