



**MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITA' RICERCA - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI III - VILLA ADRIANA**

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico  
a seguito di cure di durata prestabilita

Alla Dirigente  
dell'I.C. TIVOLI III  
di Villa Adriana – TIVOLI

I sottoscritti ..... (padre/tutore)..... (madre/tutrice)  
genitori dell'alunno/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... nel plesso.....

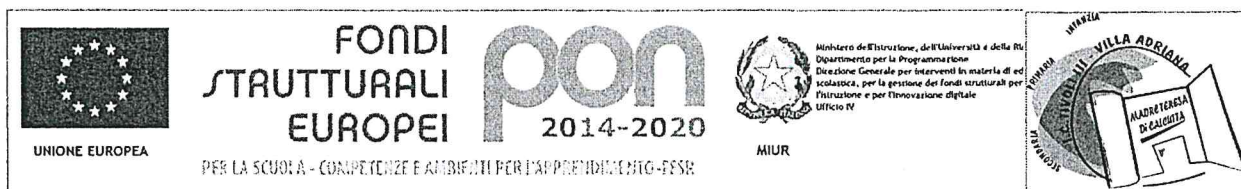
Chiedono (barrare il riquadro di interesse)

- ☐ L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- ☐ La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- ☐ La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Data .....

Firma (padre) .....

Firma (madre) .....



**MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITA' RICERCA - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI III - VILLA ADRIANA**

## SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Piano Individuale di Intervento

Anno scolastico ..... Data .....

Alunno ..... nato a ..... il .....

Frequentante la classe ..... nella scuola ..... nel plesso .....

Alla presenza di:

Genitori .....

Medico ..... Personale scolastico .....

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare i farmaci secondo l'allegata autorizzazione medica:

.....

.....

.....

.....

Modalità di Intervento Personalizzato:

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuali Note:

.....

.....

Firma Genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Medico Curante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma personale scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_