

**Allegato n. 1**

**Modello di richiesta alla Scuola/Servizio educativo/Ente di formazione professionale per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico della Scuola

.....  
Via .....  
Località ..... Provincia .....

Il sottoscritto/a.....  
(Cognome Nome)

in qualità di genitore/tutore dello/a studente .....  
(Cognome Nome)

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via .....

che frequenta la classe ..... sez ..... della Scuola .....

sita in via .....cap .....

Località ..... Prov. ....

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

**CHIEDO**  
(barrare la scelta)

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 autorizzazione medica allegata

.....  
.....

nei seguenti giorni ed orari :

.....

oppure

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

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

In fede

Data .....

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....