

**Richiesta dei genitori e autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**Al Dirigente Scolastico  
I.C.S. Cesareo-Salgari Palermo**

[paic8bj00v@istruzione.it](mailto:paic8bj00v@istruzione.it)

**I  
sottoscritti.....  
.....in qualità**

**di Genitori (o anche Il sottoscritto..... In qualità di Soggetto che esercita la  
responsabilità genitoriale)**

**di.....nato/a  
.....il.....**

**e frequentante nell'anno scolastico 2024/2025 la classe.....**

**• INFANZIA      • PRIMARIA      • SEC.1°GRADO**

**CHIEDONO**

**che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla  
certificazione medica allegata.**

**A tal fine, autorizzano:**

- ✓ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento**
- ✓ Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico.**

**Si allega:**

- ✓ Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria**
- ✓ *Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico***

**Numeri di telefono utili:      Medico      Curante...      /Genitori  
.....**

**Palermo, ..../..../....      Firma  
.....**

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.**

Al Dirigente Scolastico  
I.C.S. Cesareo-Salgari  
Palermo

Il minore.....nato il  
.....

Residente a  
frequentante codesto e Istituto scolastico è affetto da:  
.....  
.....

**Pertanto, necessita della**

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

**Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:**

✓ Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo.....  
.....

✓ Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....  
.....  
.....  
.....

✓ Modalità di conservazione del farmaco

.....  
.....  
.....  
.....

✓ Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....  
.....

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: SI  NO

Data, .....

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza: .....

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico .

Al Dirigente Scolastico  
I.C.S. Cesareo-Salgari  
Palermo

In data ..... alle ore ..... i sottoscritti ..... in qualità  
di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale)  
dell'alunno/a (indicare le iniziali)..... frequentante la  
classe.....consegnano ..... nelle  
mani di ..... una .....  
confezione ..... nuova ..... ed ..... integra ..... del ..... farmaco

---

da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico secondo l'apposito modulo, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

I genitori:

- ✓ autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- ✓ provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- ✓ comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....  
.....

... Il Dirigente Scolastico .....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori .....

Si allega:

- ✓ copia dell' *Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico*)

Palermo, .....Firma dei  
genitori.....