



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
**ISTITUTO COMPRENSIVO LOIANO – MONGHIDORO**

Via Michele dei Ramazzotti n. 24 – 40063 Monghidoro (BO)  
 Tel. 051.6555547 Codice Ministeriale BOIC88400V  
 Codice Fiscale 91378920374 Codice UNIVOCO UFM9PS  
 e-mail: [BOIC88400V@istruzione.it](mailto:BOIC88400V@istruzione.it) pec: [BOIC88400V@pec.istruzione.it](mailto:BOIC88400V@pec.istruzione.it)



Al Dirigente Scolastico  
 Dell'I.C. Loiano Monghidoro

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.**

I sottoscritti.....in qualità di

Genitori  
 Soggetti che esercitano la potestà genitoriale  
 di  
 (Cognome) .....(Nome).....  
 nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola :  dell'Infanzia  Primaria  Secondaria  
 Classe ..... Sezione..... plesso.....

**CHIEDONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:\_\_\_\_\_

A tal fine:

**AUTORIZZA**

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da ogni responsabilità che non sia imputabile a dolo o colpa grave.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs 196/03 (i dati sensibili idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante** .....

**Genitori** .....

In fede.

Data, .....

Firma ..... Firma .....