



Ministero dell'Istruzione  
Liceo Scientifico Statale "M. G. Agnesi"  
Liceo Scienze Applicate – Liceo Linguistico

Via dei Lodovichi 10 – 23807 Merate (LC) Tel: 039 9906676-039 9902139 Fax: 039 9900230

e-mail uffici: [liceoagnesi@liceoagnesi.edu.it](mailto:liceoagnesi@liceoagnesi.edu.it)

**Modulo 02** - Richiesta di somministrazione farmaci e / o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la Responsabilità genitoriale o il Tutore , Curatore , Amministratore di sostegno

Al Dirigente Scolastico  
Liceo M.G.Agnesi di Merate (LC)

*Noi sottoscritti*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di: genitori  soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

tutore curatore amministratore di sostegno

Di

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**oppure**

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

**CHIEDE/ONO**

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico / educativo resosi disponibile ed adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie . Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- Personale scolastico della struttura ospitante il soggetto.
- Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):

A tal fine:

**SI IMPEGNA/NO A:**

- fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione ( cotone, disinfettante, guanti, ecc);
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- /• fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura ;
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).**

**Recapiti telefonici:**

- Genitori \_\_\_\_\_
- Soggetto richiedente \_\_\_\_\_
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_
- Medico certificante \_\_\_\_\_
- Altri numeri utili \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:**

**Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.**