



## SCUOLA PONTIFICIA PAOLO VI

Scuola Primaria Paritaria  
Via Ercolano, 11 - 00073 Castel Gandolfo Roma

Al Coordinatore Didattico  
Scuola Pontificia Paolo VI

**Oggetto: richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il /La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome.....

nato/a ..... il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la classe ..... sez. .... della scuola .....

essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i .....

come da allegata certificazione medica leggibile rilasciata dal Dott. ...., ove è riportato il nome del farmaco e le modalità di conservazione nonché la posologia e le modalità di somministrazione.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Dichiara che sarà propria cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare per iscritto la scuola quando il farmaco non è più necessario.

Data .....

Il Genitore

Codice Meccanografico RM1E13800G

Tel. 06-9361347 Fax 06-9360370 Cod. Fisc. 06941611003

E-mail: segreteria@scuolapontificia.it Pec: scuolapaoloVI@pec.it

[www.scuolapontificia.it](http://www.scuolapontificia.it)