



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e del Merito

**Istituto Comprensivo Menaggio**

Via Camozzi, 23 - 22017 MENAGGIO (CO)

Tel. 0344 32327-32069 Fax: 0344 32327

Cod. fiscale 84002210130

e-mail: [coic85000l@istruzione.it](mailto:coic85000l@istruzione.it) [COIC85000L@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:COIC85000L@PEC.ISTRUZIONE.IT)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Comprensivo di Menaggio

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'a.s. \_20\_\_\_/20\_\_\_ alla Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di i grado  
di \_\_\_\_\_

**Preso atto** della normativa relativa alla somministrazione di farmaci a scuola;

**Constatata** l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco prescritto;

**RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE**

allo/alla stesso/a di terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata. Delego, contestualmente, il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione.

Allego prescrizione medica rilasciata da:

dottor ..... in data .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_