



Istituto Comprensivo Statale "GIOVANNI XXIII"

Via Italia 15 - 20854 Vedano al Lambro (MB)
cod.fiscale 85017850158 Codice univoco UF1ZRN
tel.- 039.492171

E-mail: mbic81200e@istruzione.it – mbic81200e@pec.istruzione.it -
Sito web: www.icsvedano.edu.it



Al Dirigente Scolastico dell'ICS "Giovanni XXIII"
Di Vedano al Lambro

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I DURANTE:
viaggio d'istruzione/visita guidata/uscita didattica**

I sottoscritti (Cognome e Nome)
.....,
genitori dell'alunna/o (cognome nome).....
nato/a a..... il/...../..... , frequentante la classe/sez.
della scuola , consapevole del fatto che il personale
scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDONO

che al loro figlio/a sia somministrato in orario scolastico relativo alla gita con meta
.....
prevista per il giornoil farmaco (indicare il nome del
farmaco).....
..... nel momento del bisogno (indicare
quando).....
..... con la seguente modalità
.....
..... **oppure** previa telefonata al genitore (inserire numero telefono dei
genitori)...../..... per il consenso alla somministrazione .

**Sarà nostra cura consegnare alle docenti la mattina stessa della gita il farmaco, che sarà
riconsegnato al/la sottoscritto/a al termine della gita stessa.**

Esprimiamo perciò il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e resosi
disponibile (come dagli atti depositati in segreteria) somministri il farmaco e solleviamo il
medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco
stesso.

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non
veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle
disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che
richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,

Luogo Data _____, ___/___/____

Firma _____
