



**Ministero della Pubblica Istruzione**  
 Istituto Comprensivo di Zelo Buon Persico  
 Via F.lli Cervi 1 – 26839 Zelo Buon Persico  
 Tel: 02 90659917 Fax: 02 91767620  
 Sito: [www.iczelobp.it](http://www.iczelobp.it)



e-mail: [LOIC805006@istruzione.it](mailto:LOIC805006@istruzione.it), [LOIC805006@pec.istruzione.it](mailto:LOIC805006@pec.istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO**  
**RINNOVO PERIODICO**

I sottoscritti genitori/tutori:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

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

frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_

preso atto delle Linee Guida del 25.11.2006 sottoscritte dai Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico e del Protocollo d'Intesa n. 0019593 del 13.09.2017 tra la regione Lombardia e l'USR Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola;

**DICHIARANO**

**CHE PERMANGONO INALTERATE:**

**- la Certificazione dello stato di malattia e il relativo Piano Terapeutico;**

già agli atti di codesta Amministrazione e presentati alla stessa con Richiesta

prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DI NON ESSERE** nella condizione di poter somministrare direttamente il farmaco al/la proprio/a figlio/a in quanto:

\_\_\_\_\_

e pertanto

**RICHIEDONO PER IL CORRENTE A.S.**

la somministrazione improrogabile del/i medesimo/i farmaco/i,:

- o già depositati presso il plesso di frequenza (è stata controllata l'integrità e la data di scadenza);
- o non ancora depositati presso il plesso di frequenza del/la proprio/a figlio/a;

Recapiti telefonici per le emergenze:

a) \_\_\_\_\_ *rapporto di parentela* \_\_\_\_\_ *telefono*

b) \_\_\_\_\_ *rapporto di parentela* \_\_\_\_\_ *telefono*

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori/tutori:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_