



**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN  
ORARIO SCOLASTICO**

M 84-01

Pag. 1 di 1

Al Dirigente Scolastico  
I.P.S. "G. Ravizza"  
Novara

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**CHIEDE**  
**la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

Presenta la seguente certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere

▪ Conservazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Modalità e tempi di somministrazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Posologia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pertanto chiede

l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario di lezione per la somministrazione dei farmaci.

di autorizzare il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
all'accesso ai locali scolastici durante l'orario di lezione per la somministrazione dei farmaci.

di autorizzare l'operatore scolastico \_\_\_\_\_  
alla somministrazione dei farmaci

Distinti saluti

Novara, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma