



REGIONE SICILIANA



REPUBBLICA ITALIANA
Istituto comprensivo "Giovanni Paolo II"
Vico Angelo Majorana, n. 3
95030 GRAVINA DI CATANIA
Cod. Fisc: 93229050872



C.M: CTIC8BA00A
☎ 0957446009 ☎ 095420034
✉ ctic8ba00a@istruzione.it
✉ ctic8ba00a@pec.istruzione.it
🌐 www.icgiovannipaolo2gravinact.edu.it

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Giovanni Paolo II"
di Gravina di Catania

OGGETTO: RICHIESTA PER INTERVENTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____ genitori di
_____ frequentante la classe/sez. _____ scuola
primaria/infanzia di questo Istituto Comprensivo essendo il minore affetto da
_____ e constatata l'assoluta
necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott.
_____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario
di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto

CHIEDONO

che il Dirigente Scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione

AUTORIZZANO E SOLLEVANO

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza
generata o indotta dal farmaco stesso. Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali
comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo d'intervento:

Gravina di Catania,

firma dei genitori