

**Oggetto:** Richiesta dei genitori per la somministrazione di farmaci  
in orario di frequenza scolastica

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

Richiedo al responsabile della struttura scolastica di praticare a mio/a figlio/a le prestazioni  
sanitarie citate nelle prescrizioni del medico curante dr. \_\_\_\_\_ che

Qui allego e secondo le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono  
espresse\*.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

\*PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA per la somministrazione di farmaci in orario  
scolastico

Sul ricettario devono essere riportati:

- farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie.