



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
Istituto Comprensivo via N.M. NICOLAI  
SEDE CENTRALE: Via Nicola Maria Nicolai, 85 – 00156 Roma  
☎06.41220371 - ☎ /fax. 06/4102614-Distretto 13°  
Cod. meccanografico: RMIC8ER00B ✉ E-Mail: [rmic8er00b@istruzione.it](mailto:rmic8er00b@istruzione.it)

**RICHIESTA DI ASSUNZIONE FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

Alla Dirigente scolastica dell'IC via N.M. Nicolai – Roma

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a ..... il .....

residente a.....

genitore dell'alunno/a.....

frequentante la classe/sezione .....

del plesso .....

**CHIEDE**

che il/la figlio/a possa assumere in orario scolastico, sempre supportato dal personale presente (docenti/personale ATA), il seguente farmaco

.....

come da certificazione medica allegata. Pertanto,

**AUTORIZZA**

il personale docente/ATA in servizio nel plesso alla somministrazione del farmaco di cui sopra, sollevando contestualmente lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali.

La sottoscritta si impegna a comunicare ai docenti l'esatta collocazione del farmaco e le modalità più adeguate di conservazione dello stesso.

Roma.....

In fede

.....