

**PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E LA GESTIONE DI  
INTERVENTI CONNESSI A PATOLOGIE CRONICHE A SCUOLA**

Gentili genitori,

il protocollo in oggetto si propone di tutelare la salute di studentesse/studenti che abbiano **documentata necessità di somministrazione di farmaci in contesto scolastico**. Ricadono nel campo di applicazione del protocollo patologie croniche che necessitano di interventi terapeutici programmati in orario scolastico e/o patologie croniche che possono dare origine a manifestazioni acute.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore (o chi ne esercita la potestà genitoriale) dell'alunna/o \_\_\_\_\_

dichiara

che il/la proprio/a figlio/a

- NECESSITA** l'attivazione del protocollo farmaci. Si impegna a consegnare i moduli necessari all'inizio dell'anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_.
- NON NECESSITA** di protocollo farmaci.

Luogo e data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In caso di un genitore impossibilitato a firmare:**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme di legge relative alla responsabilità genitoriale (Codice Civile, art. 316 comma 1, art. 337-ter comma 3 e art. 337-quater comma 3) e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara altresì di presentare questa richiesta/autorizzazione all'Istituzione Scolastica nel rispetto delle norme sopra indicate e con il consenso dell'altro genitore.

\_\_\_\_\_