

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
 (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
 Istituto Comprensivo/scuola

Il sottoscritto _____
 genitore dell'alunno/a _____ data di nascita _____
 frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____
 è affetto/a da _____
 constatata l'assoluta necessità,

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco _____
 in caso di urgenza dovuta a _____
 dosaggio e modalità di somministrazione _____
 quotidianamente con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione _____

come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra.

COMUNICA

I seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____
 2° NUMERO _____
 3° NUMERO _____

ESONERA

la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

- il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente, correlato dalla prescrizione del farmaco indispensabile con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;

_____ data

_____ firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale