

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
Per terapie farmacologiche brevi

Il/La sottoscritto/a
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore
Cognome Nome
nato/a il/...../..... e frequentante nell'anno scolastico/.....
la classe sez. della scuola
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

CHIEDE

- la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
- la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data..... dal Dott.

in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

- al **periodo** dal giorno/...../..... al giorno/...../.....

MODALITÀ DI CUSTODIA DEL FARMACO

- custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)
- custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.**

Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data..... Firme dei genitori o tutori

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori