

RICHIESTA INTERVENTI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____

DICHIARANO

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

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in
data _____ dal Dr. _____ e allegata alla presente,

in caso di urgenza dovuta a _____

in presenza della seguente sintomatologia _____

con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione _____

l'autosomministrazione del farmaco da parte dello studente.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici pertanto

CHIEDONO

che il dirigente scolastico

AUTORIZZI e SOLLEVI

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indichiamo i seguenti recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento:

1° n. _____
2° n. _____
3° n. _____

luogo e data

Firma dei Genitori

Si allega il certificato medico attestante la patologia per la quale si presenta la richiesta.