

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico)

➔ Al Dirigente Scolastico
I.C. "P. Antonibon"
N O V E (VI)

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____ data di nascita _____

frequentante la Scuola _____ classe e sez. _____

d i c h i a r a

che il proprio figlio è affetto da: _____

e, constatata l'assoluta necessità,

c h i e d e

venga somministrato il seguente farmaco: _____

☐ in caso di urgenza dovuta a _____

dosaggio e somministrazione _____

☐ quotidianamente con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione: _____

come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____

dal Medico Dr. _____

a u t o r i z z a

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

c o m u n i c a

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

1° numero: _____

2° numero: _____

3° numero: _____

e s o n e r a

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 la patria potestà)