

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Io sottoscritto _____

Genitore/tutore dell'alunno _____

Frequentante la classe /sezione _____

Della scuola dell'infanzia/primaria/secon. 1 grado _____

CHIEDO

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

FARMACO _____

DOSI _____

ORARI _____

PERIODO DI SOMMINISTRAZIONE _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE _____

Sanremo _____

FIRMA GENITORE/TUTORE
