

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Arienzo

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale (allegare documento di delega all'esercizio patria potestà)

dell'alunno/a.....

nato/a il.....e frequentante nell'a. s...../..... la classe sez.

- Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria I grado

Plesso

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata (la certificazione medica deve specificare modi e tempi di somministrazione nonché la durata)

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale individuato dal Dirigente Scolastico della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale atto.
 Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori:

In fede,

Data

Firma

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE IN AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Arienzo

Il minore (Cognome)..... (Nome)

nato il.....residente a

Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

(da compilare in ogni sua parte)

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....
.....

modalità di conservazione.....

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

.....

Data

Timbro e firma del medico