

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Al Dirigente Scolastico della
scuola

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

frequentante la classe _____ presso la scuola _____

di Via _____ comune di _____ (_____) anno scolastico _____ / _____

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01 Si

allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Il Medico: _____

I Genitori: _____

Firma
