

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Olevano sul Tusciano

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 Olevano sul Tusciano

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)

.....

.....

E 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