Modulo B

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo

“A. De Blasio”

RICHIESTA Dl SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO **per terapie farmacologiche brevi**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ln qualità di O Genitore O Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

CognomeNome

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante nell’anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

La classesez. della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E constata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

CHIEDE

O LA SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

ln ambito ed orario scolastico , del/i farmaco/i , come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta è riferita :

O al periodo dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MODALITA' Dl CUSTODIA DEL FARMACO

O Custodito dal personale scolastico ( luogo e modalità da concordare )

O Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

O autorizzazione per la somministrazione da parte del genitore o delegato

A tal fine :

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei farmaco/i come indicato , sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

FIRMA