

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario
scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

Al Dirigente dell'I.C. Lercara Friddi - Castronovo

I sottoscritti (padre)(madre)
genitori dell'alunno nato a il
residente a in via
frequentante la classedella scuola nel plesso di.....

Chiedono

(barrare il riquadro di interesse)

L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica

Data

Firma (padre) Firma (madre)