

MODULO A

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo

Foglianise – Tocco Caudio – Castelpoto

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza

Il /La sottoscritto/a.....

In qualità di --- Genitore ---- soggetto che esercita la potestà genitoriale

Del minore Cognome..... Nome.....

Nato/a ile frequentante nell'anno scolastico/.....

La classe.....sez.della scuola

di.....

essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità

**CHIEDE
(BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO)**

Sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

La SOMMINISTRAZIONE da parte del docente al minore sopra indicato

La SOMMINISTRAZIONE da parte del GENITORE O DELEGATO

La possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE del minore **

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

Sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita :

al periodo dalal

al corrente anno scolastico...../.....

**Questa possibilità può essere richiesta per gli alunni dalla classe III Scuola Primaria