

Modulo B

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo

Foglianise – Tocco Caudio – Castelpoto

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per terapie farmacologiche brevi

Il/La sottoscritto/a

In qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

Cognome..... Nome

Nato/a il e frequentante nell'anno scolastico/.....

La classe sez. della scuola

Di

Essendo il minore affetto da

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

CHIEDE

LA SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

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

La richiesta è riferita :

al **periodo** dal giorno al giorno

MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO

Custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)

Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

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.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data

Firma

1 Genitore.....

2 Genitore.....

Tutore.....

Il Medico

Numeri di telefono utili

.....

.....