

MOD. 1 - RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno _____ frequentante la classe ____ sez.

_____ della scuola _____ plesso _____ essendo il minore affetto
da _____ e constatata l'assoluta necessita,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dr.

Si precisa che la somministrazione del farmaco e fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti:

provvederanno personalmente alla somministrazione del farmaco e pertanto consegnano/non consegnano il farmaco e CHIEDONO al Dirigente Scolastico l'autorizzazione ad entrare nella scuola a tal fine.

sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto CHIEDONO che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione AUTORIZZANDO e SOLLEVANDO tali incaricati da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

dichiarano la possibilità di prevedere l'auto somministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età, esperienza, addestramento. In tal caso, consegnano / non consegnano il farmaco. Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessita collegate a questo tipo di intervento:

Firma dei genitori

