

Protocollo farmaci metropolitano -ALLEGATO N. 1

Richiesta alla /Scuola per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico (in caso di bambino/a -alunno/a minorenne)

Al dirigente scolastico

.....
Via.....
Comune.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....
in qualità di genitore/tutore dello/a bambino/a –alunno/a (Cognome e Nome).....
.....
Nato/a ail.....
residente ain Via.....
che frequenta la sezione/classe
del servizio educativo/ scuola / ente di formazione
in Via Cap
Comune.....Prov.
consapevole che il personale educativo / scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO(barrare la scelta)

☐ Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

☐ che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

.....
.....
nei seguenti giorni ed orari:

In fede
Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale
.....

Data

