



RICHIESTA ALLA SCUOLA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/SPECIFICHE ATTIVITA' A SUPPORTO DI ALCUNE FUNZIONI VITALI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome nome)

in qualità di genitore/tutore dello/a studente (Cognome Nome).....

nato/a ail.....

residente ain

che frequenta la classe..... Sezione..... dell'Istituto.....

sita in via.....cap.....

Località.....prov.....

consapevole che il personale 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 figlio/a sia somministrato il farmaco/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali (FARMACO SALVAVITA) in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata

e/oppure:

- Che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone.....

Per la somministrazione del/i farmaco/i / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali (FARMACO INDISPENSABILE) come da autorizzazione medica allegata nei seguenti giorni ed orari.....

A tal fine consegno n°..... confezioni integre del/i farmaco/i come da verbale/i allegato/i.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che l'altro genitore ne è a conoscenza ed è d'accordo.

Data.....

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....