

Richiesta per interventi di somministrazione farmaci

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____ essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, 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 è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e collaboratori scolastici) pertanto

CHIEDE

che il Dirigente Scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione*

AUTORIZZA e SOLLEVA

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

* Si dichiara la possibilità di prevedere l'auto somministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età, esperienza, addestramento SI NO

Thiene,

Firma dei Genitori

