

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/trici 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'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età, esperienza, addestramento

SI NO

Pescara,

Firma dei Genitori

