



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Anno scolastico

Io sottoscritto/a

genitore del bambino/a - alunno/a

nata/o a.....il..... C.F.....

frequentante la classe/sezione

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA PRIMO GRADO

CHIEDO

Chiedo che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data.....

sia/no somministrato/i a mio figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa

mio figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, con la supervisione dei docenti .

Data

firma del genitore

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data.....

Firma

MEDICO PRESCRITTORE DOTT.....Tel.....

GENITORI: MADRE cell..... PADRE cell.....