

(Allegato 2 - Modulo di richiesta somministrazione)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
San Marco Argentano

Il/La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e

Il/La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) (Nome)..... nato il
..... a e frequentante nell'anno scolastico
..... l'Istituto Comprensivo San Marco Argentano , plesso classe

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZANO

La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante. Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

In fede Data,

Firma

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.