

(Allegato 3 – Modulo richiesta autosomministrazione)

Richiesta per auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

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) di (Nome)

nato il a e frequentante nell'a.s.

l'Istituto Comprensivo di San Marco Argentano, classe della Scuola

..... , plesso

DICHIARANO

che “Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della Scuola” e

AUTORIZZANO

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato. 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.