

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Celano

I sottoscritti.....
genitori di.....
nato a.....il.....
residente a.....in Via.....
frequentante la classe.....della Scuola.....
sita a.....in Via.....

DICHIARANO,

sulla base delle informazioni assunte dai medici del Servizio Sanitario di....., che il/la proprio/a figlio/a....., affetto/a da....., in caso di crisi, deve essere sottoposto alla somministrazione del farmaco....., come da certificato medico allegato. I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico, insegnanti e collaboratori/trici scolastici,

Pertanto, sollevano

- Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti o altra persona che effettua la somministrazione.
- Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione, considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla.
- Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento.

Allegano la documentazione medica specifica contenente:

1. Diagnosi
2. Sintomatologia
3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, e modalità di conservazione dosaggio e modalità di somministrazione)

Luogo e data.....il.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Medico curante.....

Genitori...../.....