

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I SOTTOSCRITTI..... (PADRE)
..... (MADRE)

GENITORI DI
frequentante la scuola dell'infanzia /scuola primaria/ scuola secondaria I grado di
.....classe.....sezione..... presentano
certificazione sanitaria che attesta la necessità di somministrazione del seguente farmaco:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

.....

DOSE:

.....

ORARIO:

.....

e contestualmente chiedono la disponibilità del personale insegnante/ausiliario della Scuola a somministrare tale farmaco in orario scolastico.

Consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che pertanto, di norma, non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire, in caso di disponibilità sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità relativa alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere pur correttamente somministrati .

NOTE

.....

Si allega il certificato medico che prescrive la somministrazione del farmaco.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia e confermano il loro impegno a collaborare fattivamente e responsabilmente.

Numeri utili:

Genitori.....

Pediatra/medico curante.....

Data,.....

FIRMA
