

MODULO A – DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Rita Levi Montalcini" Fontanafredda (PN)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il /La sottoscritto/a

in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome e Nome..... nato/a

il..... frequentante nell'anno scolastico /.....la classe

sez. della scuolaplesso..... essendo il

minore affetto da

..... e constatata la
necessità CHIEDE

sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i
farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott.
.....

sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico
curante.

La richiesta è riferita:

al periodo dal al

al corrente anno scolastico.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO B), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro con le insegnanti in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Data Firma