

MODULO B

Al/la dirigente scolastico/a
dell'Istituto Comprensivo “E. Galvaligi”
di Solbiate Arno

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per terapie farmacologiche brevi

Il /La sottoscritto/a
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale
del minore Cognome Nome.....
nato/a il e frequentante nell'anno scolastico/.....
la classe sez. della scuola,
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

CHIEDE

- 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.

La richiesta è riferita:

- al **periodo** dal giorno al giorno

MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO

- custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)
- custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine:

AUTORIZZA

il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei
farmaco/i come indicato, **sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità
civili e penali derivanti da tale atto.**

Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, recante la necessità e
indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data

Firma

Numeri di telefono utili: **Genitori**
Medico Curante