

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

### DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I Sottoscritti .....

Genitori di .....

Nato a ..... il.....

Residente a ..... in via .....

Frequentante la classe ..... della scuola .....

Sita a ..... in via .....

Essendo il minore affetto da .....

E constatata l'assoluta necessità,

#### **chiedono**

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in

data ..... dal Dr .....

A tal fine:

- Dichiarano di essere consapevoli che il personale scolastico che sarà disponibile a somministrare il farmaco non ha competenze né funzioni sanitarie;
- Autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del piano terapeutico e lo sollevano da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Si impegnano a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel piano terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare la fornitura in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e in prossimità della data di scadenza;
- Si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Si allega prescrizione:  del Medico di Medicina Generale  del Pediatra di libera scelta

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

#### **Numeri di telefono utili:**

- Pediatra di libera scelta/Medico curante\_\_\_\_\_
- Genitori\_\_\_\_\_