AL D.S. I.C. 26° "IMBRIANI DE LIGUORI"

NAPOLI

OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti:

Madre_____ nata a _____ il _____

Padre _____ nato a _____ il_____

genitori dell'alunno/a: _____nato/a a _____ il _____

iscritto/a alla classe _____ sez. _____ Plesso_____ essendo il minore affetto da:

_____ _____ e constatata assoluta necessità, chiedono la somministrazione in

ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data_____

dal dott._____

Consapevoli che la somministrazione del farmaco viene effettuata da personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento

CHIEDONO

che il Dirigente Scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione

AUTORIZZANO E SOLLEVANO

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

*Si dichiara la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età, esperienza, addestramento:

◯ SI ◯ NO

Napoli, _____

FIRMA DEI GENITORI

Padre_____

Madre_____