

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "FROSINONE 3"

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

data di nascita _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a _____ è

affetto/a da _____

constatata l'assoluta necessità,

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco _____

in caso di urgenza dovuta a _____

dosaggio e modalità di somministrazione _____

quotidianamente con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione _____

come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra.

ESONERA

la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

- il **certificato medico** attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente, correlato dalla **prescrizione del farmaco indispensabile** con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;

data

firma