

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

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 ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci
anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà
essere somministrato.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad
ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare
adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato
di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni
variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori
.....