

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale di Mel "Marco Da Melo"

Via S. Andrea, 4 – 32026 Mel (BL)

Il /i sottoscritto/i

genitore/i – tutore/i dell'alunno/a

nata/o ail

residente ain via

frequentante la classe.....della scuola.....

nell'anno scolastico/.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiede/ono la somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione medica allegata.

Si precisa che il farmaco può essere somministrato anche da personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento liberandolo dalla responsabilità civile e penale qualora dall'intervento derivino danni al figlio

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante
- Genitori o di chi esercita la patria potestà
- Telefono fissoTelefono cellulare

Ulteriori numeri di telefono di

Allega

- Prescrizione/certificazione redatta dal /la dr./dr.ssa
in data
- **Consegna farmaco specifico** (indicare nome del farmaco).....