

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti

.....

genitori (altro:.....) dell'alunno/a

frequentante nel corrente anno scolastico la classe sez..... plesso.....

della Scuola

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico

dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal

Dott.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/ Medico Curante.....
- Genitori (altro:.....)