Richiesta per la somministrazione di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario e ambito scolastico (alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo

Falcone-Borsellino

Bari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di genitore/tutore dello/a studente/ssa nato/a a il residente a in Via \_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe sez della scuola di Via Cap Comune Prov.

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci; preso atto del protocollo tra Dirigenza Scolastica e l’Azienda ASL di ,in materia di somministrazione di farmacia scuola adottato in data *(se esistente);* vista la specifica patologia dell’alunno/a:

CHIEDE

*(barrare l’opzione scelta)*

* che sia consentito l’accesso al sottoscritto o alle seguenti persone

per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata,nei seguenti giorni ed orari:

*oppure*:

* che allo studente sia somministrato, da personale scolastico appositamente individuato, il farmaco /effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. di confezioni integre del farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione dellaterapia.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data

*Per eventuali comunicazioni: telefono fisso cellulare*