

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
Prof.ssa Fiorenza UNCINO
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

Luogo _____

Per eventuali comunicazioni: telefono fisso _____ cellulare _____