

Allegato 3: **Modulo RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A CURA DI PERSONALE INTERNO ALLA SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Santo Stefano di Cadore e Comelico Superiore

I sottoscritti (*nome e cognome padre*)
(*nome e cognome madre*),
genitori dell'alunno/a ,
nato a il..... ,
residente a in via ,
frequentante la sezione/classe della Scuola dell'Infanzia /Primaria/Secondaria di
..... ,
essendo il minore affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità, come da allegata richiesta medica rilasciata in data.....
dal Dr.....

chiedono che il personale della scuola

- collabori nella gestione delle problematiche mediche e sia preparato per eventuali emergenze
- provveda alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati come da allegata prescrizione medica rilasciata in data dal Dr

In ogni caso si solleva da ogni responsabilità il personale della scuola che dia la disponibilità a collaborare o somministrare il farmaco.

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante.....
- Genitori

Da compilare nel caso venga barrata la seconda opzione:

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

Indicazioni terapeutiche:

- Sintomi
- Nome commerciale del farmaco:

- Modalità di conservazione del farmaco:.....
- Modalità di somministrazione

- Dosi:

Data

Firma dei genitori (o chi ne esercita la patria potestà)

.....

.....