

MOD. 4

OGGETTO: RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI.

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Noale(Ve)

I sottoscritti.....e.....
genitori dell'alunno/afrequentante, nell'a.s. 20.../20...., la
scuola (infanzia/primaria/secondaria di 1° grado).....classesez.,
plesso di telefono fisso....., cell.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da.....
.....

COMUNICANO

che, per tale patologia, lo stesso/a necessita dell'assunzione di farmaci come descritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il proprio figlio ad effettuare l'autosomministrazione del farmaco sopra descritto.

DICHIARANO

- che il proprio figlio ha la responsabilità e la maturità necessarie per provvedere all'autosomministrazione del farmaco indicato;
- di aver provveduto all'opportuno addestramento del minore;
- che il medico curante ne ha accertata la capacità tecnica.

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allegano:

- Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- la prescrizione del farmaco indispensabile per la patologia indicata.

. Data

Firma dei genitori

.....

.....