

MODULO A

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo S. M. S.
"E. Galvaligi"
SOLBIATE ARNO

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza

Il /La sottoscritto/a
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale
del minore Cognome Nome.....
nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/
la classe sez. della scuola
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE (barrare le voci che interessano)

- sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
 - la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
 - la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE
in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica
rilasciata in data dal Dott.
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico
curante.

La richiesta è riferita:

- al periodo dal al
- al corrente anno scolastico /.....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data Firme dei genitori/tutore

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori