



RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____ genitori/tutori di
_____ frequentante la classe _____

essendo il minore affetto da _____ e constatata
l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in orario scolastico dei farmaci come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

(vedere certificazione medica allegata)

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.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto

CHIEDE

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione *

AUTORIZZA e **SOLLEVA** tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi
conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo
tipo di intervento: _____

Roma, _____

Firma dei Genitori/Tutori

