Modulo 2

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………….. in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………… in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) ………………………………………… ( Nome ) ..………………………………….. nato il

……………………… a ………………………………... e frequentante nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’Istituto Comprensivo “F. Bruno” di Paola (CS) - Plesso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_classe \_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine AUTORIZZANO:

* la somministrazione del/dei farmaco/i da parte del personale scolastico coerentemente alla certificazione medica allegata, sollevando il personale scolastico da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
* Il minore stesso alla auto-somministrazione del/dei farmaco/i coerentemente alla certificazione medica allegata.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………….

Genitori …………………………………………………………………………………………………………

In fede

Data, …………….. Firme

…………………………………………………

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.