Prot.N° _____

Napoli, ____/____/____

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.

1-(PADRE)-Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____
nato a _____ Prov _____ (data di nascita) il ____/____/____
residente a _____ via/piazza _____
telefono fisso _____ cellulare _____ (indicare numeri raggiungibili).

.....

2-(MADRE)-La sottoscritta (nome) _____ (cognome) _____
nata a _____ Prov _____ (data di nascita) il ____/____/____
residente a _____ via/piazza _____
telefono fisso _____ cellulare _____ (indicare numeri raggiungibili).

.....

3-Genitori/e dell'alunno/a _____ della classe _____ sez _____

SCUOLA DI APPARTENENZA

Infanzia D'Aragona	Infanzia Nuovo edificio
Primaria Aganoor	Primaria Nuovo Edificio
Secondaria I grado Marconi	

(Barrare con una X)

4-Essendo il/la figlio/a affetto/a da _____
e contestata l'assoluta necessità, autorizza sotto la propria responsabilità il personale della scuola
individuato dal Dirigente Scolastico, in ambito e orario scolastico, la somministrazione della terapia
farmacologica come da ALLEGATA AUTORIZZAZIONEMEDICA rilasciata in data _____
dal/dalla dott./dott.ssa _____ (nella documentazione medica dovrà essere
indicata la dicitura che per la somministrazione dei farmaci non occorre personale sanitario o
parasanitario e descrizione dettagliata delle modalità di somministrazione: posologia, dosi, tempi, ecc.).

- *Consapevoli che l'operazione viene svolta in presenza di personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.*
- *Provvederà a rifornire la scuola della confezione integra di medicinale e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.*

Firma dei genitori: padre _____ madre _____

N.B.

Allegare alla presente: documentazione medica dettagliata come descritto al punto 4 e copia documenti di riconoscimento validi per l'anno in corso.