

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

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

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di nato a il

residente a in via..... n.

frequentante la classesez..... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/Scuola secondaria di primo grado, plesso.....

CHIEDE

che al/la proprio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, il farmaco che il medico stesso ha indicato, riportante la prescrizione specifica (conservazione, posologia, modalità e tempi di somministrazione).

AUTORIZZA

Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del farmaco, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega alla presente certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Genitori

Medico curante.....

Agira,.....

FIRMA
