

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO NAVELLI

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____

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

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui
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: _____

NAVELLI, _____

Firma dei Genitori

