

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Sferracavallo-Onorato"**

Oggetto: **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**
per patologie croniche o in caso di emergenza

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____

la classe _____ sez. _____ della scuola _____

di _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità somministrazione del farmaco sotto indicato

CHIEDE

chiesia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite (barrare con una X la voce interessata):

la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato, da parte del personale scolastico, negli orari stabiliti e/o all'occorrenza del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medicarilasciata in data _____ dal Dott. _____

la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medicarilasciata in data _____ dal Dott. _____

sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

al periodo dal _____ al _____

all'intero anno scolastico _____

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale sanitario, di cui AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di

emergenza, con indicazione di posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Lo/la scrivente si impegna, inoltre, a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili: Medico Curante _____

Genitori _____

Data _____

Firma _____