

Al Dirigente Scolastico
IC Giovanni XXIII
di Villanova di Guidonia

I sottoscritti
Genitori dell'alunno/a
Della classe.....Scuola.....
residente a..... In via.....
Comune.....Prov..... Tel

RICHIEDONO

la somministrazione di farmaci durante l'uscita didattica secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr e presentati in allegato alla presente richiesta.

- Chiedono la disponibilità** della scuola alla somministrazione e dichiarano:
 - Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
 - Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
 - Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione.
 - Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

- Autorizzano:**
 - se del caso, l'auto-somministrazione (alunno/a che per età, esperienza addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome tel.....

nome tel.....

Si allegano certificato e piano terapeutico.

Firma

Data

.....
.....