



MODULO 2
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto "A. Brofferio"

Agli insegnanti della classe _____

della scuola _____

I/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno _____ chiede
che, (se necessario fornire ulteriori spiegazioni)

- all'occorrenza, _____
- in caso di emergenza, _____
- quotidianamente _____

- possa essere somministrato al proprio figlio
- il proprio figlio possa somministrarsi autonomamente

Il/i seguente/i farmaco/i:

come da documento sanitario allegato (All. 3 certificazione/prescrizione somministrazione farmaci)

Data _____

Firma

Visto, si concede.

Firma del Dirigente Scolastico

N.B. In caso si verifichi la necessità di usare il farmaco procedere alla somministrazione e contemporaneamente contattare il genitore.

Non ripetere la somministrazione senza aver contattato la famiglia o personale medico.

L'autosomministrazione va effettuata esclusivamente in presenza di un docente o di un addetto PS