

Allegato 1

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

Alla Dirigente dell'I.C. di ZANICA

I sottoscritti (padre)(madre)
genitori dell'alunno/a nato/a a il
residente a in via
frequentante la classe della scuola nel plesso.....

Chiedono
(barrare il riquadro di interesse)

- L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'I.C. di Zanica.

Data

Firma (padre)

Firma (madre)