

Allegato 2

Modulo di richiesta per la somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico
in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie

Alla Dirigente dell'I.C. di ZANICA

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

Chiedono
(barrare il riquadro di interesse)

La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie 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 farmacologia al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia.

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

Data Firma (padre)

Firma (madre)

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo:

.....

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco:

.....

Data _____

La Dirigente Scolastica
(Gabbini dott.ssa Silvana)