Modulo 02

Al Dirigente Scolastico della
Scuola ……..

Il /La sottoscritto/a _____in qualità di
□ Genitore
□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome_____ Nome _____

nato il_____ e frequentante nell'anno scolastico _____/_____
la classe _____ della scuola _____

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.
A tal fine:

AUTORIZZA

□ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

□ Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

DICHIARA

Che sarà propria cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico
lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/medico curante:

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante _____

Genitori _____

In fede.

Data, _____ **Firma _____**