

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico dell'I.C.
"G.Marconi" di Casalmaggiore

I sottoscritti Cognome Nome

Cognome Nome

genitori dell' alunno/a

Cognome Nome classe

Scuola

residente a prov. in Via

tel./cell.

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr. presentati in allegato alla presente richiesta.

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 da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

Di autorizzare, 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./cell.

Nome tel./cell.

Luogo e data,

Firma

Firma