

Prot. n.

Pellezzano

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

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto comprensivo
Di Pellezzano(SA)

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

CHIEDONO

La somministrazione della terapia farmacologia al bisogno in occasione della comparsa di
specifiche sintomatologie da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione
medica che descrive i sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare il farmaco, la
posologia, le modalità di somministrazione e attesti la **necessità e indispensabilità** della
somministrazione:

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.

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:

Pellezzano, lì

Il Dirigente Scolastico (*Prof.ssa Giovanna Nazzaro*)