

Modulo A

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il /La sottoscritto/a.....
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale di
Cognome.....Nome.....
nato/a il..... e
frequentante nell'anno scolastico/.....la classe sez.
della scuoladiessendo
il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite:
la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE
in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in
data dal Dott.

sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

al periodo dal al
al corrente anno scolastico /.....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C) ,
recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e
per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è
indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Data

Firma