Allegato 3

Richiesta di auto-somministrazione farmaco

I sottoscritti ………………………………………………………………………………………….. ……….. (padre)

…………………………………………………………………………………………………….. (madre)

genitori di ………………………………………………………………………………………………………………

frequentante la scuola …………………………………………………………………………………………..

classe………………………………… sezione …………………………………….

dichiariamo l’assoluta necessità, del figlio/a di assumere in orario scolastico il seguente farmaco:

nome commerciale FARMACO: …………………………………………………………………………………………………

dose: ……………………………………………………………………………………………………………………….

orario. …………………………………………………………………………………………………………………….

Chiedono contestualmente che sia consentito al bambino/a di autosomministrarsi il farmaco, come

da protocollo, attestando che il bambino/a è stato formato da personale sanitario alla

auto-somministrazione.

* Il certificato medico del…………………………………………… è già in possesso della scuola
* Si allega il certificato medico del ………………………………………………….

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente , tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia.

DATA ……………………………………………

FIRMA ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..