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 ……………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………..