

MODULO DI RICHIESTA ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Porto Torres 1

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

Chiedono

la possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

Data

Firma (padre)

Firma (madre)