

Richiesta autosomministrazione farmaco

Al Dirigente scolastico

dell'IC di Vinovo

I sottoscritti _____, genitori/

tutore di _____, nato a

_____ il _____, iscritto/a per l'a.s. 202__/202__ al'I.C. di
Vinovo

BUOZZI LUZZATI DON MILANI MATTEOTTI GRAMSCI GIOANETTI

classe _____ sez. _____,

CHIEDONO

Che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal/la dott./ssa _____.

DICHIARANO

che provvederanno a rifornire il minore del farmaco,

che provvederanno istruirlo sull'uso corretto del farmaco ,

che provvederanno istruirlo sulle modalità di conservazione e di custodia.

SI IMPEGNANO

a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali d.lgs. 193/2003 e successive modifiche.

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale
