

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Maiuri"
Pompei (Na)

Il sottoscritto.....nato a.....il.....
residente a Vian.

Il sottoscritto.....nato a.....il.....
residente a Vian.

Genitori di

Esercente la potestà genitoriale su

CognomeNome.....

nato/a a ilfrequentante la classe.....Sez.

Essendo il figlio affetto da

■ Chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata
prescrizione medica rilasciata in data

■ Autorizzano l'auto somministrazione del farmaco (indicare il farmaco)

I sottoscritti sono consapevoli che la somministrazione del farmaco sarà effettuata da parte di personale non sanitario, seppure specificamente individuato e formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Data _____

Firma dei genitori

