

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
IN ORARIO SCOLASTICO/USCITE DIDATTICHE/VIAGGIO ISTRUZIONE**

Al Dirigente scolastico
IIS E. Santoni

Il/la _____ sottoscritto/a _____ (Cognome _____ e
Nome).....

☐ Genitore dell'alunno/a

☐ Esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a.....

Nato/a a e residente a in

Via....., frequentante la classe sez.....della scuola
primaria/secondaria di.....

essendo il/la minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,

chiede

che il minore si auto-somministri,

☐ in ambito ed orario scolastico

☐ durante l'uscita didattica/viaggio di istruzione a.....
data.....

con la vigilanza del personale della scuola, la seguente terapia farmacologica:

farmaco n.1 modalità di
somministrazione.....

Dose.....

farmaco n.2 modalità di
somministrazione.....

Dose.....

Consapevole che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale.

Si allega certificato medico con indicazione della tipologia del farmaco, o dei farmaci, con posologia e modalità di somministrazione.

Luogo

Data

Firma

____/____/____

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Genitori