



Istituzione Scolastica Pontificio
Istituto "Maestre Pie Filippini"
Scuola Primaria Parificata Paritaria
Scuola dell'Infanzia Sacro Cuore
Via XX settembre, 30/32 - 67100 L'Aquila



AL
Coordinatore Didattico
Scuola Pontificia Maestre Pie Filippini

Oggetto: richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza

Il /La sottoscritto/a

in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome.....

nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....

la classe sez. della scuola

essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i

come da allegata certificazione medica leggibile rilasciata dal Dott., ove è riportato il nome del farmaco e le modalità di conservazione nonché la posologia e le modalità di somministrazione.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO**, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Dichiara che sarà propria cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare per iscritto la scuola quando il farmaco non è più necessario.

Data

Il Genitore