MODULO A

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo

“A.De Blasio” di Guardia Sanframondi

RICHIESTA Dl SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO **per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ln qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante nell'anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La classe ………………………sez…………………della scuola

Di …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (come da allegato 1 – dichirazione pediatra di base) e constata l'assoluta necessità

CHIEDE

(BARRARE LE voci CHE INTERESSANO)

Sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

O La SOMMINISTRAZIONE da parte del docente al minore sopra indicato

O La SOMMINISTRAZIONE da parte del GENITORE O DELEGATO

O La possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE del minore \*\*

ln ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in datadal Dott

O Sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita

O al periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O al corrente anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \*Questa possibilità può essere richiesta per gli alunni dalla classe III Scuola Primaria

FIRMA