

All. 1

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti

Il/La sottoscritt....., genitore dell'alunn.....,
frequentante nell'anno scolastico la classe/sezione della
scuola

CHIEDE

l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici nei giorni.....
dalle orealle ore.....
per somministrare al proprio figlio il
farmaco....., di cui ha
effettiva e assoluta necessità, come da allegata certificazione e secondo prescrizione
medica

ovvero

che sia somministrato in orario scolastico al proprio figlio
il seguente farmaco, di cui ha effettiva e
assoluta necessità, come da allegata certificazione e secondo prescrizione medica,
sollevando il personale scolastico individuato per la somministrazione da ogni
responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia
farmacologica, se effettuata nelle modalità concordate.

Fornisce i seguenti recapiti telefonici per emergenze:
.....

Allega certificazione medica.

Lì,

Firma dei genitori

.....
.....

All. 2

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Senigallia Marchetti

Il/La sottoscritt....., genitore dell'alunn.....,
frequentante nell'anno scolastico la classe/sezione della
scuola

CHIEDE

che che il/la proprio/a figlio/a sia autorizzato ad autosomministrarsi in orario
scolastico, nei giorni....., alle ore
il seguente farmaco, di cui ha effettiva e
assoluta necessità, come da allegata certificazione e secondo prescrizione medica,
sollevando il personale scolastico da ogni responsabilità penale e civile derivante
dall'autosomministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità
concordate.

Fornisce i seguenti recapiti telefonici per emergenze:
.....

Allega certificazione medica.

Lì,

Firma dei genitori

.....

.....