

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori/o di chi esercita la patria potestà dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico di base)

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Treviso 2 "A. Serena"
TREVISO**

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente _____

affetto dalla seguente patologia: _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante il plesso _____ classe _____ sez. _____

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E
CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA
SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI
FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA
AUTORIZZAZIONE MEDICA RILASCIATA**

in data _____

dal dott. _____

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI
FARMACI E'ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO
AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

Treviso,

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

