

MODULO DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE

Al Dirigente Scolastico
dell'XI I.C. " Gravitelli - Paino"
Messina

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il sottoscritto/a

In qualità di :

- ☐ Genitore
☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Cognome.....Nome

nato ail

frequentante per il corrente Anno scolastico la:

classe.....sez.....plesso.....

essendo il minore affetto da.....(si allega certificato medico).

CHIEDE

sia continuata a scuola la terapia indicata tramite:

- ☐ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopraindicato;
☐ la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....dal Dott.....

Si rende disponibile a concordare un incontro con le insegnanti in cui definire le modalità di intervento.
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento e nominativo di personale.

Numeri telefonici utili: Genitori.....

Medico curante.....

Persona indicata ad intervenire.....

Data.....

Firma.....