

OGGETTO: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci.

I sottoscritti..... e
genitori dell'alunno/a.....
iscritto/a alla scuola....., classe..... sez.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a..... è affetto da
.....

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a.....
e che si manifesta con la seguente sintomatologia:.....
.....

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)
venga somministrato allo stesso/a il farmaco
.....

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui
sopra

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione
stessa.

Allegano a tal fine:

- . Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- . La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- . Dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia.

Consegnano:

- . Il farmaco per trattamento d'urgenza;
- . Altro:

Data

Firma dei genitori

OGGETTO: Dichiarazione medica.

Il sottoscritto dott.
medico curante dell'alunno/a.....
nato/a ail
iscritto alla scuola.....classe.....sez.....

DICHIARA

che l'alunno/a è affetto da.....
.....
e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

.....
.....

è necessario che venga somministrato il farmaco.....
.....
nella seguente posologia.....
e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione.....

.....
.....

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico, presente al momento dell'urgenza, può somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data e firma

.....