Allegato 3

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura del Dirigente scolastico)

Al personale della cl/sez. _____

Plesso_____

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori/o da chi esercita la potestà genitoriale di_____ cl./sez. _____
plesso _____, il Dirigente Scolastico, il personale della scuola ed i genitori si sono accordati circa la possibilità e la modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci a scuola.

Farmaco: _____ , conservato _____ del plesso _____
Farmaco: _____ , conservato _____ del plesso _____

Per la somministrazione attenersi alle prescrizioni mediche allegate.

I genitori o chi esercita la potestà genitoriale autorizzano il personale in indirizzo ad applicare la procedura e sollevano detto personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:
tel./cell._____ tel./cell._____

Il Genitore*/ o chi esercita la potestà genitoriale _____

il Dirigente Scolastico _____

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Il personale della Scuola:

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____