

Allegato 1

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

Alla Dirigente dell'I.C. Como Rebbio

I sottoscritti (padre)(madre)

genitori dell'alunno/a nato/a a il

residente a in via

frequentante la classe della scuola nel plesso.....

Chiedono (barrare il riquadro di interesse)

☐ L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

☐ La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

☐ La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo ASL di Como

Data Firma (padre)

Firma (madre)
