

Oggetto: autorizzazione alla somministrazione di farmaci per il trattamento d'urgenza.

I sottoscritti e
genitori dell'alunno/a

che frequenta la scuola
dell'infanzia _____
primaria, _____
secondaria di I grado, _____

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da

CHIEDONO PERTANTO

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 e da loro fornito.

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 (**M2_cert_medico_curante**, compilato in ogni sua parte) attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente.

Consegnano:

- il farmaco per il trattamento d'urgenza;
- altro

Si impegnano a comunicare tempestivamente alla scuola ogni altra situazione rilevante rispetto alla patologia e/o alla somministrazione del farmaco, ivi incluse variazioni nella posologia.

Data

Firme di entrambi i genitori

.....

.....