

Allegato 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"ANTONIO DE CURTIS"**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Genitori di / esercenti la potestà genitoriale su

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Frequentante la classe _____ sez. _____

della scuola dell'infanzia primaria secondaria di primo grado

Essendo il minore affetto da _____

Chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata prescrizione medica rilasciata in data _____ dal medico dott. _____

I sottoscritti sono consapevoli che la somministrazione del farmaco sarà effettuata da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Data: _____

Firma dei genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale)

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta / medico curante: _____

Genitori: _____

Altri: _____