

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Spresiano

Oggetto: richiesta di autorizzazione alla autosomministrazione in ambito scolastico di terapia ciclica o saltuaria indispensabile

..l.. sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Frequentante nell'anno scolastico la classe _____ sez _____ sede di _____

CHIEDE

di autorizzare il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta:

Nome del farmaco: _____

• Dosi: _____

• Periodo di somministrazione: _____

• Ora/e di somministrazione: _____

• Eventuale modalità di conservazione (se lasciato in custodia al personale della scuola) _____

Dichiara di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla autosomministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia.

Data _____

Firma del genitore
