

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

I sottoscritti

genitori dell'alunno/a

che frequenta la scuola dell'infanzia primaria secondaria

di _____ sezione/classe

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da

CHIEDONO

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.

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 (**Modello 1**, 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.

Data _____

Firma di entrambi i genitori