

Oggetto: richiesta di autorizzazione all'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 sull' 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 _____

Visto: SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
REGGENTE
Prof. Natale NECCHI**