

OGGETTO: autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza

Il sottoscritto

e la sottoscritta

genitori dell'alunno/a

frequentante la scuola

▫ Infanzia ▫ Primaria ▫ Secondaria classe sezione del plesso di

dell'Istituto Comprensivo "Ungaretti" di Altissimo,

DICHIARANO

che in caso di emergenza dovuta a

che si manifesta con la seguente sintomatologia:

per motivi di salute, al proprio figlio va somministrato il farmaco

come prescritto nel certificato medico che si allega 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.

A tal fine si allegano:

- Certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/alunna come dichiarato nella presente
- Prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione
- Dichiarazione a firma del medico curante che attesti che il farmaco può essere somministrato anche da personale senza competenze specifiche in materia (vedi fac simile)

Si consegnano:

- Il farmaco per il trattamento d'urgenza

- altro (specificare)

Altissimo,

Firma _____

Visto,

Il Dirigente Scolastico

OGGETTO: **dichiarazione medica**

Il sottoscritto dott.

medico curante dell'alunno/a

nata a il

DICHIARA

che l'alunno in oggetto è affetto da

e che pertanto in caso di urgenza e precisamente (*descrivere brevemente i sintomi della "crisi"*):

è necessaria la somministrazione del farmaco

nei modi e nelle quantità descritte nella documentazione allegata.

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e che pertanto il personale scolastico presente al momento dell'urgenza ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Luogo data

Firma _____