

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'Istituto Comprensivo "E. Fermi"
CARVICO

Oggetto: Richiesta dei genitori per la somministrazione dei farmaci in orario di frequenza scolastica.

Io sottoscritto/a _____ residente a _____
Indirizzo _____ genitore di _____
la classe _____ sezione _____ della scuola _____ di _____

CHIEDO

ai responsabili della struttura scolastica di praticare a mio figlio/a le prestazioni sanitarie citate nelle prescrizioni del medico curante Dr. _____ che qui allego e secondo le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA
per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico
e devono essere riportati: farmaco sua formulazione dose e
modalità di somministrazione e altre raccomandazioni
ritenute necessarie

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

tel. _____

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo:

valida per l'intero anno scolastico
per il periodo _____

Contestualmente mi impegno a comunicare tempestivamente all'istituzione scolastica ogni informazione o variazione delle condizioni di salute dello studente che possono influire sulla pratica delle prestazioni sanitarie richieste

Luogo e data _____

Il genitore _____

firma

N.B. La richiesta deve essere ripresentata ogni qualvolta sia modificata la prescrizione medica ovvero intervengano cambiamenti nello stato di salute dello studente.