



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
I.C. ALBERTO MANZI

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

**Alla Dirigente
dell'I.C. A. Manzi
di Villalba di Guidonia**

I sottoscritti (padre)
(madre).....
genitori dell'alunno/a nato/a a il
residente a in via
frequentante la classe della scuola nel plesso.....

Chiedono

(barrare il riquadro di interesse)

- L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Data

Firma (padre)

Firma (madre)