

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al Coordinatore di Classe)

I sottoscritti
genitori di nato a
il e residente a in via
..... frequentante la classe della Scuola
.....

essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità,

chiedono

che il **minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico e con la vigilanza del
personale della scuola, la seguente terapia farmacologica, prescritta dal medico curante:

.....
.....
.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da
ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Il sottoscritto garantisce la veridicità di quanto dichiarato assumendosene in toto la
responsabilità sia civile che penale.

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

.....