



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ALCIDE DE GASPERI"
VIA MATTEO BANDELLO 30 – 00137 ROMA
TEL. 06.87137117 – FAX 06.87131100 E-MAIL:RMIC8EJ00R@ISTRUZIONE.IT
CODICE MECCANOGRAFICO: RMIC8EJ00R – C. F. 97712630587

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da consegnare al coordinatore di classe)

I sottoscritti _____

e _____ genitori tutore/sogg. affidatario

dell'alunn_

residente a _____ (_____) in Via _____

frequentante la classe _____ sezione _____ 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.

I sottoscritti garantiscono la veridicità di quanto dichiarato assumendosene in toto la responsabilità sia civile che penale.

Roma, _____

Firma _____

Firma _____

Numeri di telefono utili: _____