

Al Dirigente Scolastico

CIRCOLO DIDATTICO " EDMONDO DE AMICIS" - CATANIA

**OGGETTO: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza.**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ genitori  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ che frequenta la scuola  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
sez \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_ è affetto  
da \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

che in caso d'urgenza dovuta a \_\_\_\_\_

- VENGA SOMMINISTRATO ALLO STESSO/A IL FARMACO \_\_\_\_\_  
secondo il dosaggio e la modalità indicata nel piano terapeutico di cui alla certificazione medica allegata.
- CHE AUTONOMAMENTE L'ALUNNO POSSA UTILIZZARE IL FARMACO IN SUO POSSESSO

**AUTORIZZANO**

il personale docente e non docente a permettere la somministrazione di cui sopra

**COMUNICA**

I seguenti recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso d'urgenza:

1° NUMERO \_\_\_\_\_ 2° NUMERO \_\_\_\_\_

3° NUMERO \_\_\_\_\_

**ESONERANO**

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

**Allega** a tal fine:

- Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- Dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia.

DATA \_\_\_\_\_

Firma genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_