

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

Residenti * in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

** (indicare entrambe le residenze se diverse)*

genitori dell'alunno _____

o, se l'alunno è maggiorenne

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ Telefono _____

PRESO ATTO DELL'ASSOLUTA NECESSITÀ
AUTORIZZANO / AUTORIZZA

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico, come da allegata autorizzazione rilasciata in data _____ dal Dott. _____, secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

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

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data _____

Firma degli esercenti la patria potestà o dell'alunno, se maggiorenne

Numeri di telefono utili:

Medico curante: tel. amb. _____ cell. _____

Genitori: tel casa _____ cell. _____