

ALLEGATO B – RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita (RICHIESTA DEI RESPONSABILI GENITORIALI)

I sottoscritti, in qualità di genitori dell'alunno/a iscritto e frequentante nell'anno scolastico la classe della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria dell'Istituto Comprensivo "Donatello", essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità di effettuare una terapia

- ordinaria
- in caso di emergenza

CHIEDONO

che venga applicato il piano terapeutico allegato (Certificato Medico e Allegato A - Istruzioni del medico curante).

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è

- possibile **anche da parte di personale non sanitario**, di cui autorizza l'intervento, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate
- possibile in orario scolastico e pertanto i **genitori chiedono di poter accedere ai locali della scuola per la somministrazione del farmaco**
- possibile in orario scolastico e pertanto chiedono di far accedere nei locali della scuola per la somministrazione del farmaco **l'operatore sanitario da loro individuato**

.....

Si allega la Certificazione Medica e l'allegato A con le istruzioni rilasciate dal medico curante. Si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data.....

I genitori/responsabili genitoriali

.....

.....

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

--