

RICHIESTA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti

..... padre di.....C.F.
..... madre diC.F.

CHIEDONO

Che il/la proprio/a figlio/a assuma durante la permanenza in Istituto il/i seguente/i medicinale/i

- *Analgesico:
- *Antispastico:.....
- *Antinfiammatorio:.....
- *Antistaminico:.....
- *Broncodilatatore:.....
- Fermenti lattici:.....
- *Pomate e colliri antistaminici/cortisonici:.....
- Farmaci omeopatici/*fitoterapici:.....
- Altro:.....

Con la seguente posologia e modalità di somministrazione

.....
.....

Per la durata di giorni.....

I Genitori si assumono la responsabilità di tale autosomministrazione e per i farmaci contrassegnati dall'asterisco (*) allegano il Certificato Medico, mentre per i casi in cui è necessaria la Continuità Terapeutica allegano anche il Piano Terapeutico predisposto dal medico certificante, come dalle "Istruzioni sulla Somministrazione di Farmaci a Scuola" comunicate dalla Direzione scolastica.

Dichiarano inoltre che il/la proprio/a figlio/a non è autorizzato ad acquistare alcun farmaco che non sia espressamente indicato dal sottoscritto/a via e-mail alla Responsabile e solleva il personale scolastico da qualsiasi responsabilità penale e civile derivante dall'autosomministrazione da parte dell'allievo di qualunque tipo di farmaco.

I Genitori degli/delle allievi/e minorenni, iscritti/e al Convitto o alla Residenza di Santa Marcellina, acconsentono che la tutor sia sempre informata dell'autoassunzione dei farmaci sopra descritti.

Per ogni chiarimento o dubbio sulla gestione dei farmaci, i genitori contattano il medico scolastico al seguente indirizzo: medico@marcellinequadronno.it

In fede

Firma del Padre.....

Firma della Madre.....