RICHIESTA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti
…… padre di……C.F. ……..
…… madre di ……C.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……..

<u>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.</u>

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……