

ALLEGATO 3 - Verifica disponibilità alla somministrazione del farmaco

Al personale insegnante e ausiliario
della Scuola.....
di.....

Oggetto: verifica della disponibilità alla somministrazione di farmaci necessari e non differibili.

I genitori di.....
frequentante la Scuola dell'Infanzia /Primaria/ Secondaria di I grado
di.....sezione/classe.....
chiedono la disponibilità del personale insegnante e ausiliario della Scuola alla somministrazione
del seguente farmaco in quanto necessario e indifferibile:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

DOSE.....

ORARIO.....

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di
norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire,
preciso che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei
genitori di non imputare al personale educativo eventuali effetti collaterali propri di tali
farmaci sul/la bambino/a o derivanti dalle corrette modalità di somministrazione degli
stessi.

In attesa di cortese riscontro cordiali saluti

Data,.....

Il Dirigente Scolastico