

ALLEGATO 6 - Richiesta di autosomministrazione farmaco

I SOTTOSCRITTI.....(PADRE)

.....(MADRE)

genitori di

frequentante la scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria I grado

..... classe.....sezione.....dichiarano

l'assoluta necessità, del/la figlio/a di assumere in orario scolastico il seguente farmaco:

Nome commerciale:

.....
Dose:

.....
Orario:

.....
Chiedono contestualmente che sia consentito al bambino di **autosomministrarsi il farmaco**, come da protocollo, negli orari scolastici, attestando che il bambino / a è stato formato da personale sanitario alla auto – somministrazione.

Si allega il certificato medico.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia.

Data,.....

FIRMA
