**Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita**

Alla Dirigente

dell’I.C. TIVOLI III

di Villa Adriana - TIVOLI

I sottoscritti …………………………… (padre/tutore) (madre/tutrice)

genitori dell’alunno/a ……..…………………………… nato/a a ……………..……… il …………..…

residente a …………………………….………… in via ………………..…………………………………...

frequentante la classe ……..…… della scuola ………..………………. nel plesso………..…………

Chiedono (barrare il riquadro di interesse)

* L’accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l’allegata autorizzazione medica.
* La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l’allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l’operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l’auto-somministrazione della terapia.
* La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l’allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l’operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l’allegata autorizzazione medica.

Data ………………………….

Firma (padre) ………………………….......

Firma (madre) ……………………………..