

Al Dirigente Scolastico

Direzione Didattica Statale - Pogliano Mil.se

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO

Farmaco di cui si chiede la somministrazione:

Nome del farmaco	
Posologia	
Modalità e tempi di somministrazione	
Modalità di conservazione del farmaco	
Durata del trattamento	
Eventuali note	

I farmaci sopra descritti devono essere consegnati dai sottoscrittenti genitori in confezione integra e monodose e lasciati in custodia presso la scuola per tutta la durata della terapia. La presente richiesta/autorizzazione ha validità specificata dalla durata della terapia e, se necessario, deve essere rinnovata nel corso dell'anno scolastico. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

In fede

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_