



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE  
**ANDREA SCOTTON**



**Mod.7-1/PS** (Allegato A al DR n.6 del 27MAR2019)

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

*(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)*

AI DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO I.I.S. "A. SCOTTON"

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_ affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Frequentante la classe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ di codesto Istituto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,**

**RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI E' ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO**

**SOLLEVANO IL PERSONALE INDIVIDUATO DA OGNI RESPONSABILITA' RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE E DA QUALSIASI CONSEGUENZA GENERATA O INDOTTA DA FARMACO STESSO.**

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: \_\_\_\_\_

luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/responsabili genitoriali

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_