

(PROT. N. /2022)

- **DA COMPILARSI A DISCREZIONE DEL GENITORE** -

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER TRATTAMENTO D'URGENZA

I sottoscritti _____ e _____

genitori di _____ frequentante la classe _____ a.s. 20___/20___

D I C H I A R A N O

che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da _____

C H I E D O N O

che in caso d'urgenza dovuta a _____

e che si manifesta con la seguente sintomatologia: _____

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco: _____

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

A U T O R I Z Z A N O

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

E S O N E R A N O

l'Istituto Lodovico Pavoni da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- ◆ Il certificato medico attestante le condizioni di salute del/della figlio/a come dichiarate nella presente;
- ◆ La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- ◆ Dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia. 2 di 2 Consegna;
- ◆ Il farmaco per il trattamento d'urgenza.

Altro _____

Lonigo, lì _____ Firma di entrambi i genitori _____
