

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA
in AMBITO SCOLASTICO per l'a.s. 2024/25**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo 13 "Primo Levi"
Via D. Turazza, 12
37135 Verona

I sottoscritti _____ e _____ genitori di
_____, frequentante, nell'anno scolastico 2024/2025 la classe
_____ della scuola " _____ "

dichiarano

sulla base delle informazioni assunte dal medico Dott./dott.ssa _____, che il proprio figlio è affetto da _____ e necessita di una somministrazione a scuola del/i seguente/i farmaco/i _____ in caso di _____ come da certificato medico allegato del Dott./dott.ssa _____ emesso in data _____.

Chiedono alla S. V.
l'autorizzazione a lasciare a scuola i farmaci sopraindicati.

Considerato che entrambi sono impossibilitati a presenziare durante l'orario scolastico per motivi di lavoro,
chiedono al personale della scuola:

- di supportare il figlio nell'analisi dei sintomi come descritti nel certificato medico allegato
- di sorvegliare il figlio mentre si somministra autonomamente il farmaco prescritto nel certificato medico allegato
- di effettuare la somministrazione del farmaco indicato nel certificato medico allegato

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

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici)
pertanto sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dai farmaci stessi, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione in ambito scolastico.

Verona _____

Firma dei genitori

Madre _____

Padre _____

Allegati: certificato medico
 presentazione del farmaco

ng