

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I A SCUOLA ED IN ORARIO SCOLASTICO

**Alla Dirigente Scolastica
ISTITUTO COMPRENSIVO
"G. Falcone - P. Borsellino"
Via Sicilia n.2 - 93013 Mazzarino (CL)**

I sottoscritti/a (Cognome e Nome), e
(Cognome e Nome),
 Genitori dell'alunno/a....., (oppure, scegliere)
 Esercenti la potestà genitoriale sull'alunno/a,
nato/a a..... il / / e residente a,
in Via,
che frequenta la classe sez scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1° grado
(tagliare ciò che non interessa) dell'Istituto "G. Falcone - P. Borsellino", plesso
.....

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott., in data / /; **(tagliare ciò che non interessa)**

CHIEDONO

- che al/alla proprio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** il/i farmaco/i.....(indicare il/i farmaco/i), previsto/i
 - dal Piano terapeutico
 - da prescrizione medica (oppure)
- che il/la proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del/i farmaco/i(indicare il/i farmaco/i), **sia assistito dal**

