



SCUOLA PRIMARIA PARITARIA "MAESTRE PIE FILIPPINI" Cod. Mecc. SA1E011006

Viale sacro Cuore, 8 – 84039 Teggiano(SA) TEL. 0975/73488

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "MAESTRE PIE FILIPPINI" Cod. Mecc.SA1A104002

Viale Sacro Cuore 8- 84039 Teggiano(SA) TEL. 0975/730488

E-MAIL: maestrepiefilippini@tiscali.it

PEC: mpfteggiano@pec.it

SITO WEB: www.maestrepiefilippiniteggiano.it

ALLA COORDINATRICE DIDATTICA

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER PATOLOGIE CRONICHE O IN CASO DI EMERGENZA

Il /La sottoscritto/a

in qualità di ☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome.....
. nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico
...../.....

la classe sez. della scuola

essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i

come da allegata certificazione medica leggibile rilasciata dal Dott.,
ove è riportato il nome del farmaco e le modalità di conservazione nonché la posologia e le
modalità di somministrazione.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Dichiara che sarà propria cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare per iscritto la scuola quando il farmaco non è più necessario.

Data

I Genitori