

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12

AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I SOTTOSCRITTI GENITORI

PADRE _____

MADRE _____

DELL'ALUNNO _____ NATO A _____

IL ____ / ____ / ____ ISCRITTO PER L'ANNO SCOLASTICO ____ / ____ ALLA

CLASSE _____ DELLA SCUOLA INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA DI PRIMO GRADO _____

RESIDENTE A _____

PRESO ATTO DEL PROTOCOLLO TRA UFFICIO SCOLASTICO DI PERUGIA/ AZIENDA USL IN MATERIA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA;

VISTA LA SPECIFICA PATOLOGIA DELL'ALUNNO/A AFFETTO/ADA _____

RICHIEDONO

LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO A FRONTE DELLE SITUAZIONI SPECIFICATE NELLA PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE ALLEGATA*

- PRESCRIZIONE/ CERTIFICAZIONE ALLEGATA REDATTA DAL _____
- FARMACOSPECIFICO CONSEGNATO _____
- FARMACO CON SCADENZA _____ (DI CUI DICHIARO DI TENERE NOTA IO/NOI STESSO/I PER PROVVEDERE IN TEMPO ALLA SOSTITUZIONE)
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO _____
- LUOGO DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO) _____

PERUGIA, _____

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DELLA MADRE _____