

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola.....
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci per l'intera durata del Viaggio di istruzione/
soggiorno didattico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.
.....

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente dalla partenza del viaggio di istruzione fino alla riconsegna ai genitori o loro delegati l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
- La vigilanza del personale docente (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - L'affiancamento del personale docente (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato..... ,
Lotto scadenza e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore deesercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata per la durata del viaggio di istruzione.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra.

