

San Marino, lì _____.

Al Direttore Didattico
della Scuola Elementare

Agli insegnanti della classe _____
del plesso scolastico di _____

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____
residente a _____ in via _____
frequentante nell'anno scolastico _____ la classe _____
del plesso scolastico di _____

inoltrano richiesta affinché

- ☐ gli insegnanti (o eventuali supplenti)
- ☐ il personale non docente

provvedano alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci:

- _____
- _____
- _____

come da allegato certificato medico rilasciato in data _____,
in cui vengono specificati orario, posologia, durata della terapia, modalità di
somministrazione e conservazione.

I sottoscritti genitori precisano che

- ☐ sono impossibilitati a recarsi a scuola per occuparsi personalmente di tale impegno e che non è possibile modificare l'orario di assunzione del farmaco. Sono disponibili a contattare telefonicamente il personale delegato nell'ora fissata per la somministrazione.
- ☐ il farmaco deve essere somministrato immediatamente in caso di emergenza.

Con la presente sollevano il personale delegato da ogni responsabilità e si impegnano a consegnare personalmente il farmaco nelle mani dei docenti, in modo da evitarne usi impropri e di sostituirlo se scaduto. Le indicazioni relative al/ai farmaco/i sono valide anche per i successivi anni scolastici, qualora non intervenga una diversa comunicazione scritta, a seguito di sospensione della terapia o eventuali modifiche.

Firma dei Genitori

Padre _____

Madre _____

Numeri di telefono utili:

- ◆ Pediatra
- ◆ Genitori