Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo Margherita Hach di CASTIGLIONE T.SE

OGGETTO: DICHIARAZIONE ASSUNZIONE FARMACI DURANTE I VIAGGI DI ISTRUZIONE

I sottoscritti Sig._____ Sig.ra _____

genitore dell'alunno/a _____frequentante la classe sez. ___

della Scuola di _____ nell'anno scolastico_____

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI FIGLIO/A

È affetto dalla seguente patologia _____e pertanto richiede l'assunzione dei seguenti farmaci per l'intera durata del Viaggio di istruzione, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data _____dal Dott./Dott.ssa _____

CHIEDONO

Di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati alla somministrazione del farmaco secondo le modalità e la posologia indicate nella prescrizione medica allegata, autorizzandoli formalmente alla partenza del viaggio di istruzione fino alla riconsegna dell'alunno/a ai genitori o loro delegati.

Si consegnano n ____ confezioni integre del farmaco denominato _____ lotto

_____scadenza _____e relativa prescrizione medica.

Si allega prescrizione/certificazione medica contenete indicazioni relative a posologia, modalità, tempi di somministrazione ed eventuali modalità di conservazione del farmaco.

Si fa presente che in caso di difficoltà legate all'insorgenza di manifestazioni significative della patologia il personale docente accompagnatore provvederà tempestivamente in via preucazionale ad attivare le procedure di emergenza come la chiamata al 118 e la convocazione urgente della famiglia sul posto per la riconsegna dell'alunno/a.

Nel caso in cui la firma apposta sia quella di un solo genitore, la stessa si intende anche come espressione della volontà dell'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente

Data _____

Firma di entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale

_____

_____