

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I VIAGGIO ISTRUZIONE

Al Dirigente scolastico
IC Tito Livio di San Michele al Tagliamento

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

☐ Genitore dell'alunno/a

☐ Esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a.....

frequentante la classe sez.....della scuola secondaria di Primo grado dell'Ic Tito Livio di San Michele al Tagliamento

chiede

che il minore si auto-somministri,

durante il viaggio di istruzione a..... data.....,

in caso di necessità e previo avviso ai docenti accompagnatori:

- la seguente abituale terapia farmacologica per lievi disturbi (emicranie, dolori mestruali, epistassi, lievi dolori articolari, lieve stato febbrile, raffreddore, mal di gola o altra sintomatologia da raffreddamento);
- la seguente terapia per patologie che richiedono la prescrizione medica, che si allega (iper/ipo tiroidismo, asma, antistaminici, ecc.).

farmaco n.1 modalità di somministrazione.....

Dose.....

farmaco n.2 modalità di somministrazione.....

Dose.....

farmaco n.3 modalità di somministrazione.....

Dose.....

Consapevole che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale.

Luogo

Data

Firma

___/___/___

Numeri di telefono utili:

Genitori