Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Villongo

Oggetto: richiesta di autorizzazione alla autosomministrazione in ambito scolastico di terapia ciclica o saltuaria indispensabile

..l.. sottoscritto/a

Genitore dell’alunno/a

Frequentante nell’anno scolastico la classe sez sede di

**CHIEDE**

Di autorizzare il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta:

* Nome del farmaco:
* Dosi:
* Periodo di somministrazione:
* Ora/e di somministrazione:
* Eventuale modalità di conservazione (se lasciato in custodia al personale della scuola)

Dichiara di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla autosomministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un’abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia.

Data

Firma del genitore