



FONDAZIONE
DOMUS E.D.E.R.A.
SCUOLA DELL'INFANZIA
FONTANELLA

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

genitore dell'alunno _____

AUTORIZZO

il personale scolastico, in caso di bisogno, a somministrare a mio figlio il seguente farmaco

_____ come da piano terapeutico, prescritto dal medico

curante, nelle dosi specifiche.

DICHIARO:

- di essere consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;
- di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

MI IMPEGNO A:

- Fornire alla scuola il farmaco prescritto, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario per la somministrazione (cotone, disinfettante, siringhe, guanti...);
- Provvedere di rinnovare le forniture in tempi utili, in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Comunicare tempestivamente eventuali variazioni al piano terapeutico, formalmente documentate dal medico curante.

Fontanella, _____

Firma _____

Fontanella, _____

Firma _____

Fondazione "Domus E.D.E.R.A."

Via Vittorio Emanuele II, 227 - 24056 Fontanella (BG)

Tel. 0363997788 - Fax 0363989028 - e-mail: amministrazione@domusedera.it

C.F. e P.IVA: 03089370161

Sede Scuola dell'infanzia

Via Locatelli, 137 - Tel 0363997880