



# LAC

liceo artistico statale renato cottini - torino



## MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI DIABETE

Al Dirigente Scolastico,

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

GENITORE

TUTORE

\_\_\_\_\_

dell'alunno/a ..... frequentante la classe.....

della Scuola..... nell'anno scolastico.....

telefono fisso.....

telefono cellulare ..... di .....

telefono cellulare ..... di .....

**come previsto dal "regolamento per la somministrazione dei farmaci a scuola" presente all'albo di istituto (albo web)**

preso atto dal Dirigente Scolastico della presenza di personale scolastico disponibile a:

- rilevazione glicemia
- somministrazione insulina
- somministrazione Glucagone
- altro (specificare) .....

richiede/ono la rilevazione dei valori glicemici / somministrazione del farmaco, in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/ certificazione allegata.

Si impegna/ono a fornire il materiale necessario ed il farmaco ed alla verifica della scadenza e sostituzione degli stessi.

- Allega Prescrizione/Certificazione Medica

Data \_\_\_\_\_

firma dei genitori \_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere presentato presso l'URP (segreteria) e protocollato agli atti della scuola