



**MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ALLERGIA – ASMA**

Al Dirigente Scolastico,

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

**GENITORE**

**TUTORE**

\_\_\_\_\_

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

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:

- somministrazione di broncodilatatore per via inalatoria
- somministrazione farmaco antistaminico/cortisonico per os
- somministrazione intramuscolare di adrenalina Fastjekt
- altro (specificare) .....

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

Si impegna 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