



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