



SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO "A. BROFFERIO"

C.so XXV Aprile, 2 – ASTI Tel. e Fax 0141 21 26 66

Sez. associata "Martiri della Libertà" Tel. 0141 21 12 23

C.F. : 80005780053

e-mail: atmm003004@istruzione.it - atmm003004brofferio@pec.it

prot. n°

Asti _____

All'insegnante coordinatore

A tutti gli insegnanti

della classe _____

All'Addetto PS



MODULO 1

OGGETTO: Autorizzazione somministrazione farmaci

Si autorizzano gli insegnanti a seguire le disposizioni scritte dal/la signor/a _____, genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ di questa scuola, il quale richiede che

all'occorrenza, in caso di emergenza, quotidianamente

possa essere somministrato al proprio figlio

il proprio figlio possa somministrarsi autonomamente

Il/i farmaco/i come da certificato/prescrizione medica allegata, indicante anche il tipo di farmaco e le modalità di somministrazione e di conservazione.

La lettera di richiesta in originale, con allegata prescrizione medica presentata dalla famiglia, è depositata in Direzione nel fascicolo dell'alunno.

N.B. In caso si verifichi la necessità di usare il farmaco in emergenza procedere alla somministrazione e contattare il genitore e, se necessario, il 118.

Non ripetere la somministrazione senza aver contattato la famiglia o personale medico.

L'autosomministrazione va effettuata esclusivamente in presenza di un docente o di un addetto PS

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Cristina Trotta