

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I SOTTOSCRITTI

PADRE _____ NATO A _____ IL _____

MADRE _____ NATA A _____ IL _____

DELL'ALUNNO/A _____

NATO/A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

ISCRITTO PER L'A.S. 20____/20____ ALLA CLASSE _____ DELLA SCUOLA N. GREEN./I. SILONE/P.

CIABATTI/E. VALENTINI/U. FOSCOLO

- PRESO ATTO DEL PROTOCOLLO TRA UFFICIO SCOLASTICO DI PERUGIA/AZIENDA USL IN MATERIA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA;
- VISTA LA SPECIFICA PATOLOGIA DELL'ALUNNO/A AFFETTO/A DA _____

RICHIEDONO

LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO A FRONTE DELLE SITUAZIONI SPECIFICATE NELLA PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE ALLEGATA*

- PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE ALLEGATA REDATTA DAL _____
- FARMACO SPECIFICO CONSEGNATO _____
- FARMACO CON SCADENZA _____ (DI CUI DICHIARANO DI TENERE NOTA IO/NOI STESSO/I PER PROVVEDERE IN TEMPO ALLA SOSTITUZIONE)
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO _____
- LUOGO DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO) _____

DATA, _____

IL PADRE

LA MADRE
