

Modulo 04 – Disponibilità alla somministrazione del farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____ Prov. _____
Tel.: _____

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaco/i – dispositivo – presidio
_____ effettuata da (genitori/esercente la responsabilità genitoriale/maggiorenne)
SIG _____ e SIG _____
di (COGNOME E NOME ALUNNO) _____
frequentante la scuola /asilo nido/CRE _____ sezione/classe
_____ per (indicare patologia) _____

acconsento alla somministrazione, come da domanda della famiglia e da certificato medico nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il bambino/ragazzo possa frequentare la scuola/asilo nido/CRE;

La famiglia solleva lo scrivente da qualunque responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

Li _____

Data _____

In fede
