

<p style="text-align: center;">RICHIESTA DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO</p>

Noi sottoscritto/a _____ residente a _____

Indirizzo _____ genitore di _____

Richiedo al responsabile della struttura educativa di praticare a mio/a figlio/a per il periodo dal.....al.....,le prestazioni sanitarie citate nelle prescrizioni del medico curante dr. _____ che qui allego e secondo le modalità e le precauzioni che nello stesso documento sono espresse*.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

_____ Tel. _____

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo

Data: _____

In fede _____

***PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FIDUCIA** per la somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Sul ricettario devono essere riportati:

- farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie.