

## ISTITUTO COMPRENSIVO CAPACCIO CAPOLUOGO "COSTABILE CARDUCCI"

Via F.lli Arenella, 29 - 84047 Capaccio (SA) – Tel/Fax 0828.821040 C.M.: SAIC8AY00L – C. F.: 90021760658

E-mai / SAIC8AY00L@ISTRUZIONE.IT capaccioprimo@libero.it

PEC: SAIC8AY00L@PEC.ISTRUZIONE.IT WEB: www.iccapacciocapoluogo.edu.it

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Capaccio Capoluogo C. Carducci

Il/I sottoscritto/I		
genitore/i/tutore/i dell 'alunno/a		
nato/a a	il	
residente a	in via	
frequentante la classe	della Scuola	
constatata l'assoluta necessità,		
C	CHIEDONO	
la somministrazione in ambito ed orario scolastico	o dei farmaci, come da all	legata autorizzazione medica
rilasciata in data	fattibile anche da parte di responsabilità derivante e personali e sensibili ai se hiesta.	personale non sanitario e di cui si autorizz  dalla somministrazione del farmaco stesso. ensi del D.lgs 196/03 limitatamente a quante  NO   NO
Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la pote		
Numeri di telefono utili:  o Pediatra di libera scelta/Medico curante: T o Genitori: Tel. fisso	Tel cell.	<del>.</del>

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario. nel corso dello stesso anno scolastico. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all' inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.