

OGGETTO: Modulo per Richiesta Somministrazione Farmaco Salvavita

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____

frequentante la classe _____ sez. _____ indirizzo _____

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio Diabetologia Pediatrico prof. _____ che il proprio figlio affetto da diabete autoimmune (insulino-dipendente) necessita di una somministrazione a scuola del farmaco _____ in caso di ipoglicemia grave come da certificato medico allegato del prof. _____

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici; pertanto sollevano da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

.....
.....
.....
.....

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento:

.....
.....

Trapani, _____

Firme : (Padre) _____

(Madre) _____