

Al Direttore
Municipalità di Favaro Veneto
Comune di Venezia

RICHIESTA / AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto/a _____
genitore/tutore del bambino/a _____
frequentante:

☐ Asilo nido _____ sezione _____

Chiede

la somministrazione al proprio figlio di terapia farmacologica in ambito scolastico/nido,
come da prescrizione medica allegata, redatta dal dott. _____
in data _____

SI IMPEGNA a consegnare la prescrizione medica/certificazione all'ufficio del Servizio
Educativo qualora il medico curante modifichi la prescrizione.

CONSEGNA IL FARMACO _____ con scadenza _____
all'educatrice di riferimento il primo giorno di frequenza al nido e si impegna a garantire
la validità del prodotto.

Autorizza contestualmente il personale scolastico alla somministrazione del farmaco
salvavita e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla
somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Data _____

Firma del/i genitore/i _____

Reperibilità tel. _____

Cellulare _____

Data _____

Il Direttore

La richiesta/autorizzazione va consegnata alla **Municipalità di Favaro Veneto - Servizio
Sociale ed Educativo P.zza Pastrello, 1 Favaro Veneto (VE) Tel. 041/ 2746624**