

DA MODELLO ASL CITTÀ DI MILANO	Prot. 34928 del 9-6-2005	RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE CONTINUATIVA DI FARMACI
--------------------------------------	-----------------------------	--

Al Coordinatore didattico

Scuola _____

Via _____

I sottoscritti: _____

genitori di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola _____

CHIEDONO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

S'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.
 Inoltre comunicheremo immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
 Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità d'intervento.

Recapiti telefonici: _____

Milano, _____

Firma

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.