



ISTITUTO PARROCCHIALE

CARATE BRIANZA

**Vescovi Valtorta e Colombo**

Scuola dell'infanzia bilingue



## ATTO DI DELEGA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti

genitori di

### CHIEDONO

- che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica. A tal fine autorizzano il personale della scuola a somministrare i farmaci indicati nella prescrizione medica.
- che sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica. A tal fine autorizzano il personale della scuola a somministrare i farmaci indicati nella prescrizione medica.

Si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici di entrambi i genitori

Altri recapiti telefonici

luogo e data

firme\*

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