



N. 475
SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITA'
CERTIFICATO
UNI EN ISO 9001:2008

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE
FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**



I.P.S. "G. RAVIZZA"
SF
Mod.084 Rev.2
Pag. 1 di 1

Al Dirigente Scolastico
I.P.S. "G. Ravizza"
Novara

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE/TUTORE DELL' ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ. _____ INDIRIZZO _____

CHIEDE
la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Presenta la seguente certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere

▪ Conservazione _____

▪ Modalità e tempi di somministrazione _____

▪ Posologia _____

Pertanto chiede

l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario di lezione per la somministrazione dei farmaci.

di autorizzare il/la Sig./Sig.ra _____
all'accesso ai locali scolastici durante l'orario di lezione per la somministrazione dei farmaci.

di autorizzare l'operatore scolastico _____
alla somministrazione dei farmaci

Distinti saluti

Novara, _____

firma