

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo di Saonara

Alle Docenti della Classe

Al Personale ATA interessato

DICHIARAZIONE DI ALLERGIA O SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti

Genitori di frequentante la classe della Scuola

Primaria

"Galilei"

"Borgato"

Secondaria di 1° grado

"M. Fanno"

"A. Rigato"

di Saonara

Villatora

Dichiarano

Sulla base delle informazioni assunte dal medico

che il/la figlio/a è affetto da

e ha bisogno di

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 dai farmaci stessi, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

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

• (mamma) Tel: – Cell:

• (papà) Tel: – Cell.

Allegano la documentazione medica prodotta dal

✓Diagnosi;

✓Sintomi di reazione allergica;

✓Intervento terapeutico da mettere in atto.

✓Medicinali consegnati.

Distinti saluti.

FIRMA

VISTO SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Lorella BELLEGGIA