**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA DI TERAPIA DI URGENZA**
**(modulo per minorenne)**

Al Dirigente Scolastico
del Liceo "L. Pasteur"
via Barellai 130
Roma

I sottoscritti ……..… e ……

genitori di …….. classe ……

di c h i a r a n o

che il/la proprio/a figlio/a potrebbe necessitare di somministrazione a scuola di terapia di urgenza, **come da certificato medico allegato, aggiornato all'anno scolastico in corso.**

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il Personale scolastico,

**pertanto, sollevano**

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione, considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

……..

Nel caso venga data la disponibilità alla suddetta somministrazione, i **sottoscritti si impegnano a fornire il/i farmaco/i.**

In caso di necessità collegate a questo tipo di intervento i **recapiti telefonici** sono i seguenti:

- ✓ Genitori ……
- ✓ Referente centro diabetologico dott. ……..

  tel…….

Roma, ……

Firma (leggibile) di entrambi i genitori: ……