



SCUOLA MATERNA  
**UMBERTO I**  
*tutto il tempo per crescere  
e la cura per farlo bene*



**Mod. 08**

## SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la sezione \_\_\_\_\_ della Scuola Materna “Umberto I” sita in Torino,  
corso Matteotti, 48 - Torino

### DICHIARANO

che il/la proprio/ figlio/a \_\_\_\_\_

è affetto/a da \_\_\_\_\_

e ha la necessità che gli/le venga somministrato \_\_\_\_\_

in caso di emergenza gli/le venga somministrato \_\_\_\_\_

prescritto dal medico e consegnato dalla famiglia alla scuola.

### CHIEDONO

pertanto, che, essendo entrambi impossibilitati a farlo, il personale scolastico effettui la prestazione.

### SOLLEVANO

la scuola e gli operatori da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Alla presente allegano certificazione medica attestante:

- la diagnosi e la sintomatologia,
- l'intervento terapeutico da mettere in atto ( nome del farmaco, dosaggio, modalità di conservazione e di somministrazione).

Torino, \_\_\_\_\_

Firma