

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

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

Il/La sottoscritto/a.....classe

d i c h i a r a

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

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il Personale scolastico,

pertanto, solleva

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.

Chiede quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione.

Nel caso venga data la disponibilità alla suddetta somministrazione, Il/La sottoscritto/a **si impegna 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):