

<p>PARROCCHIA DEI SANTI MARTINO E LAMBERTO <i>Scuola dell'infanzia "SAN GIUSEPPE"</i> <i>Nido integrato</i> Via Roma 293 - ARSEGO 35010 SAN GIORGIO DELLE PERTICHE - PD Tel/fax. 049.5742061</p> <p>E-mail: materna-arsego@libero.it PEC: scuolaarsego@pec.fismpadova.it Sito internet: www.scuolainfanziaarsego.it (in costruzione)</p>	<p>LIBERATORIA</p> <p>DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE ALLA COORDINATRICE</p>	<p>Mod Liberatoria Somm. Farmaci</p> <p>Rev. 0</p> <p>Pag. 1 di 1</p>
---	--	--

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la sezione _____

Della Scuola dell'Infanzia "San Giuseppe"
Del Nido Integrato alla Scuola dell'Infanzia "San Giuseppe"

Autorizzano

Sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci prescritti dal Medico di base/Medico Specialista _____

al proprio figlio affetto da _____ come da certificato allegato, durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica e consegnare alla scuola la nuova prescrizione.

Sollevano

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, il personale che effettua la somministrazione.

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

Data _____

Firma dei genitori

PADRE

MADRE