**ALLEGATO G – CONFERMA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. “Salerno V Ogliara”**

**SALERNO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in riferimento alla richiesta di somministrazione dei farmaci in orario scolastico al\_\_ figlio/a\_\_ presentata nell’ a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

 che permangono le stesse condizioni in merito a: patologia, dose e modalità di somministrazione riportati nella certificazione aggiornata redatta dal medico curante, dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ed allegata alla presente;

 che non permangono le stesse condizioni e pertanto si chiede l’aggiornamento del piano terapeutico e si presenterà nuovo certificato medico.

Si dichiara altresì che la validità e relativa data di scadenza del farmaco è stata controllata dalla famiglia.

In caso di scadenza durante l’anno si provvederà alla sostituzione del farmaco scaduto.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_