

MODULO DI CONSENSO PER TERAPIA ESTEMPORANEA

DURANTE IL VIAGGIO D'ISTRUZIONE

(Da inviare via e-mail a ceic88300b@istruzione.it e ai docenti accompagnatori in caso di malessere improvviso)

Oggetto: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci a seguito di consulto medico per l'alunno/a [Nome e Cognome].....

I sottoscritti _____ e _____, in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez....., plesso..... attualmente impegnato nel viaggio di istruzione a..... dal.....al.....,

DICHIARANO

- Di essere stati tempestivamente informati dai docenti accompagnatori in merito allo stato di malessere del minore.
- Di aver preso atto del parere espresso dalla Guardia Medica / Medico interpellato in data _____ alle ore _____.

AUTORIZZANO

1. L'attuazione della terapia prescritta dal medico consultante, consistente nella somministrazione di:
 - **Farmaco:** _____
 - **Dosaggio:** _____
2. La supervisione dei docenti all'auto-somministrazione da parte del minore o l'assistenza diretta laddove necessaria.

I sottoscritti confermano l'esonero da ogni responsabilità per il personale scolastico coinvolto, analogamente a quanto previsto nella richiesta formale di somministrazione farmaci.

Data: _____

Firme dei Genitori: _____

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.