



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Scolastico Comprensivo "G. Romanino"
Via Ripa, 2 - 25040 Bienna (Bs)
Tel. 0364 40062

e-mail: bsic83700x@istruzione.it – pec: bsic83700x@pec.istruzione.it

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO DA BANCO (CHINETOSI)

Alla Dirigente Scolastica dell'Istituto Comprensivo di BIENNO "G. ROMANINO"

I sottoscritti _____ e _____ in qualità di genitori (o tutori legali) dell'alunno/a _____ frequentante la classe **sez.** _____,

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a soffre di chinetosi (mal d'auto/pullman) e che necessita dell'assunzione del farmaco _____ (o equivalente: _____) durante il viaggio di istruzione in : _____ previsto in data _____

AUTORIZZANO

(Selezionare l'opzione)

- **LA SOMMINISTRAZIONE:** I docenti accompagnatori a consegnare all'alunno/a il farmaco sopra citato per l'assunzione immediata.

INDICAZIONI PER L'USO

- **Dosaggio:** _____
- **Tempi di assunzione:** (es. 30 minuti prima della partenza/al bisogno)

- **Note/Allergie:** _____

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

I sottoscritti sollevano l'Istituzione Scolastica e il personale docente da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco, purché avvenga in conformità alle indicazioni sopra riportate. Dichiarano inoltre che il minore ha già utilizzato il farmaco in precedenza senza manifestare reazioni avverse o allergiche.

I genitori si impegnano a consegnare ai docenti, la mattina della partenza, la confezione integra del farmaco con scadenza valida, chiaramente contrassegnata con il **nome e cognome** dell'alunno.

Data: _____

Firme dei genitori:

_____ (Padre)

_____ (Madre)

Allegare una copia della carta d'identità