

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (allegato 2A)

Al Dirigente Scolastico della:

Scuola per l'Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria

Io sottoscritto/a

genitore

tutore

dell'alunno

nato a

il

codice fiscale

frequentante la classe

della Scuola

nel Comune di

CHIEDO

Che il/i seguente/i farmaco/i del medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta il

sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della Scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate nella prescrizione medica.

Oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma

Data

Acconsento al trattamento dei dati sensibili da parte di terzi ai sensi del D.lgs. 196/03 , esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data

Medico Prescrittore: Dott.

Tel:

Genitori:

Madre cell.:

Padre cell.:

NOTE:

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della Scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che eserciti la potestà