

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

(da compilarsi a cura dei Genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti .....

.....

genitori di .....

nato a ..... il .....

residente a ..... indirizzo .....

frequentante la classe / sez ..... Scuola .....

Sita a ..... in via .....

essendo il minore affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata certificazione medica rilasciata in data..... dal Dr /Centro specialistico di riferimento.....

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

Δ da parte del familiare (o suo delegato).....per cui si richiede l'accesso alla scuola

Δ da parte di personale non sanitario opportunamente formato.

Δ da parte del figlio/a minorenni, in regime di autosomministrazione, come attestato nella prescrizione/certificazione del medico curante,

Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tali farmaci.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI  NO

Data .....

**Firma del padre**

**Firma della madre**

.....

.....

**Numeri di telefono utili:**

- Genitori .....
- Pediatra di libera scelta / Medico Curante .....
- Centro specialistico di riferimento (medico referente del caso) .....