

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O AUTOSOMMINISTRAZIONE
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE DELL'ALUNNO O DELLO STUDENTE MAGGIORENNE)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti

Genitori/Tutori di

nato a il

residente a in via.....

frequentante la classe della Scuola

sita in in via.....

1) **Chiedono** la disponibilità della Scuola alla somministrazione di farmaci al minore sopra indicato, in ambito e in orario scolastico, secondo i tempi e le modalità specificate nell'allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dr..... (Allegato B)

A tale scopo dichiarano di:

essere consapevoli fin d'ora che la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico resosi disponibile, non deve avere né competenze né funzioni sanitarie

autorizzare il personale scolastico a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico (Allegato B) e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso

impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso

acconsentire 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

autorizzare il proprio figlio all'autosomministrazione.

I genitori richiedenti si impegnano a consegnare i farmaci prescritti in confezione integra, a controllarne la scadenza e a curare l'eventuale sostituzione dei farmaci stessi lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Si allega prescrizione del Medico di Medicina Generale / del Pediatra di libera scelta

2) **Chiedono** la possibilità di accesso alla Scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario,...).....

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i numeri di telefono utili sono i seguenti:

• nome.....tel.....

• nome.....tel.....

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà