

ALLEGATO A

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

atti

Il sottoscritto nato a.....

il..... e residente a.....

.....via.....n.....

La sottoscritta nato a.....

il..... e residente a.....

.....via.....n.....

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore.....

Frequentante nell'anno scolastico 2017/18 la classe/sezionedella scuola.....

Essendo il/la minore affetto/a da.....

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data.....dal Dott
- ✓ Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- ✓ Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- ✓ Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- ✓ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- ✓ Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- ✓ Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118);
- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica.

(BARRARE se del caso)

Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Luogo e data

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Firma di altra persona esercente la patria potestà.....

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	Numero fisso
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		