

**ALLEGATO B**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA  
A CURA DEI GENITORI O PERSONE DELEGATE**

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 2018/19 la classe/sezione .....della 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.....;
- ✓ Che venga autorizzato l'accesso a scuola per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico le persone in elenco, di cui si specifica il grado di parentela con l'alunno/a:
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

ALLEGANO COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI CIASCUNA DELLE PERSONE INDIVIDUATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA.

- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla 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**

|   | <b>Numero di cellulare</b> | <b>Numero fisso</b> |
|---|----------------------------|---------------------|
| Madre                                     |                            |                     |
| Padre                                     |                            |                     |
| Altra persona esercente la patria potestà |                            |                     |