



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico/pediatra di famiglia o specialista) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/ sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola autorizzato e contestualmente identificato nella figura della Vicecoordinatrice, Sig.ra Patrizia Mantovani, sollevando la stessa da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dell'incaricato.

Data _____

Firma _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e 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 (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) per eventuali interventi in regime di urgenza

NOTE

La richiesta va consegnata alla Vicecoordinatrice della scuola frequentata • La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa • 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 esercita la potestà in osservanza delle norme in materia di responsabilità genitoriale.**