

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