## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

### DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente

nato a il / / /CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| frequentante la classe \_ della scuola primaria

scuola secondaria di primo gado scuola secondaria di secondo grado

sita a in Via essendo lo studente affetto da

**CHIEDONO/CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista

operante nel SSN )Dr.

 / / /

nell'allegata prescrizione redatta in data

## □ sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegnamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

## □ mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

**Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità**

* Medico Prescrittore: Dr. tel.
* Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

Firma

Data

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data

Data

Firma

 1

(ai sensi del DPR 445/2000)

Firma

 2

(ai sensi del DPR 445/2000)

# In caso di firma di un solo genitore

I\_ sottoscritt\_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, *c*onsapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che \_l\_ padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta di somministrazione farmaci all’alunno/a a scuola.

Data

Genitore unico firmatario

 3

(ai sensi del DPR 445/2000)

1, 2, 3 Allegare copia documento riconoscimento valido del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000.

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente scolastico della scuola frequentata.
* La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell’anno scolastico in caso di terapia continuativa.
* In caso di cambio di istituto deve essere ripresentata.
* 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.