

**Oggetto: Somministrazione di farmaci a scuola - Richiesta**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ della scuola

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infanzia via Beretta       | <input type="checkbox"/> Infanzia viale Mantegna       |
| <input type="checkbox"/> Primaria "Dante Alighieri" | <input type="checkbox"/> Primaria "Alcide De Gasperi"  |
| <input type="checkbox"/> Primaria "Giovanni XXIII"  | <input type="checkbox"/> Secondaria "Antonio Stoppani" |

CHIEDE

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o pediatra o specialista operante nel S.S.N.) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_\_ **sia/no somministrato/i al/la proprio/a figlio/a dal personale della scuola** e contestualmente:  
- autorizza il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco consapevole che lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie, sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica;  
- s'impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

*oppure*

che il/la proprio/a figlio/a **si autoamministri, con la supervisione del personale scolastico**, il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o pediatra o specialista operante nel S.S.N.) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_\_.

Medico Prescrittore:

dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento:

cognome e nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cognome e nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a è consapevole che i dati personali e sensibili indicati saranno trattati ai sensi del D.Lgs 196/2005 e del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per i fini della presente richiesta.

Inoltre il/la sottoscritto/a acconsente all'invio dei documenti all'A.R.E.U. (Azienda regionale Emergenza Urgenza) in caso di eventuali interventi in regime di urgenza.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

IL GENITORE \_\_\_\_\_

**NOTE**

- *La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.*
- *La validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.*
- *In caso di cambio istituto la richiesta 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, nonché ritirati alla fine dell'anno scolastico se non assunti.*
- *Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.*
- *Nel caso firmi un solo genitore, lo stesso dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la responsabilità genitoriale.*

- Parte riservata agli uffici -

Procedimento in carico all'ass. amm. \_\_\_\_\_