

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti .....  
genitori di .....nato/a a .....il.....  
residente a..... in via.....  
frequentante la classe , ..... della Scuola.....  
sita a , ..... in via... ..  
Essendo il minore affetto da

---

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data... .. dal  
Dr.....

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico reso disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie; \_ autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso; \_ impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- \_ Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso

Autorizzare, se del caso, l'auto — somministrazione del farmaco

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

• Genitori \_\_\_\_\_

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante

\_\_\_\_\_