**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

 I Sottoscritti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Cognome e Nome Cognome e Nome*

in veste di:

🞏 genitori o

🞏 soggetti esercenti la tutela genitoriale

 dell’alunno:\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l’assoluta necessità,

**CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Dott. .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Precisano che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

**Sollevano**

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

**Autorizzano**

🞏 il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco

🞏 l’alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

**Acconsentono** al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e Regolamento UE 649/2016.

. Data,

 Firma del genitore o

 di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore o

di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_