

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 soggetti esercenti la responsabilità genitorialedell'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. Altresi 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 responsabilità
genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la responsabilità genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitori: _____

