

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO O ALUNNO MAGGIORENNE DA  
CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti - il/la sottoscritto/a .....  
genitori di ..... Nato/a a ..... il .....  
codice fiscale ..... residente a .....  
in via.....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
sita a ..... in via .....  
soggiornante c/o il convitto.....

**ESSENDO AFFETTO/A 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 resosi 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.), 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 particolari da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e del GDPR Regolamento (UE) n.2016/679 esclusivamente se tale trattamento sia utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.

Data  SI  NO

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale o firma alunno maggiorenne

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_