

Allegato 1
Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Villa Cortese

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

I sottoscritti _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data _____/_____/_____/

sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico

Nel caso di firma di un solo genitore compilare sotto:

Il sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Data _____

Firma dei genitori _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza. Acconsento inoltre a trasmettere la richiesta pervenuta, nei casi previsti, alla ASST competente per Territorio e, per conoscenza ad AST, come previsto dal Protocollo d'intesa del 07/05/2018 n.0001504.

Firma dei genitori _____

Numeri di telefono utili:

Tel.genitori/tutori : Tel cell

Tel. genitori/tutori: Tel cell

Tel. medico prescrittore Dr. tel.

.....

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata. Ha validità corrispondente alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa. In caso di cambio di istituto 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. Eventuali variazioni nel piano terapeutico vanno certificate e comunicate **tempestivamente**