

**ALL. 1**

**MODELLO RICHIESTA/ AUTORIZZAZIONE RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL’ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Oggetto:** richiesta/autorizzazione somministrazione di farmaci.

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe/sezione\_\_\_\_\_\_della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

essendo il minore affetto da

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

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 di cui si autorizza fin d’ora l’intervento, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.
* Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e corrispondente per forma, tipologia e dosaggio a quanto prescritto dal medico curante.
* Allegano la Certificazione Medica /all. 2 con le istruzioni rilasciate dal medico curante e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.
* Si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
* Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l’a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
* Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari.(118)
* Acconsentono al trattamento dei dati personali e particolari ai sensi della normativa vigente

(dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Cancello ed Arnone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEI GENITORI

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

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Genitori:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**