ALLEGATO A 1

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

□ **SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**
Anno Scolastico _____

I sottoscritti _____

genitori/esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____

Chiedono

□ la somministrazione allo stesso della terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

□ la possibilità che allo stesso si somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata

Autorizzano, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Data……

……..

…….. ……..

Firme dei genitori (o esercenti la potestà genitoriale) Firma del Dirigente Scolastico

(Nel caso in cui uno dei due genitori sia impossibilitato a firmare)
Il sottoscritto (cognome e nome)_____dichiara che, ai fini dell'applicazione dell'art. n. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:
☐ Lontananza ☐ Impedimento ☐ Altro

Firma del genitore dichiarante .....

Note

- La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico insieme al certificato medico
- Richiesta di autorizzazione e certificato medico vanno rinnovati ad ogni anno scolastico
- I farmaci prescritti vanno conservati adeguatamente, secondo indicazioni riportate sul foglio illustrativo e conservati in confezione integra, in un contenitore facilmente trasportabile che possa contenere farmaci, certificato, piano individualizzato di intervento, guanti monouso ed eventuali altri supporti
- Sarà cura del genitore/legale rappresentante controllare la scadenza del farmaco e sostituirlo

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Artt. 13 E 23 D. Lgs. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____in _____

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

Data…… Firme ……

…….