

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO)

I sottoscritti
 genitori di nato
 a..... il residente a
 in via..... frequentante la classe
 della Scuola sita a in
 via.....

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
 Dr.....

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi
 disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo
 personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco,
 purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci
 anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo
 non potrà essere somministrato.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non
 sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e
 ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e
 documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni
 variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della
 somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la
 sospensione del trattamento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.

- SI
- NO

	GENITORI	PEDIATRA / MEDICO
N° TELEFONO		

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale