

(AII.1) RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Laura Sanvitale**

Io sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno _____
frequentante la classe _____

CHIEDO

in nome e per conto dell'altro genitore

che il farmaco /i (scrivere il nome del farmaco/i) _____
sia/no somministrato/i a mio figlio dal personale della scuola individuato dal Dirigente
scolastico.

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.

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica (scrivere il nome del farmaco)
_____ in ambito scolastico con la supervisione **dal**
personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico.

O tale richiesta ha valore per l'intero ciclo scolastico

O tale richiesta ha valore dal giorno _____ al giorno _____

dichiaro che:

- sarà mia cura provvedere inoltre alla fornitura all'adeguato rifornimento e/o **sostituzione** dei
farmaci anche in relazione alla **scadenza** degli stessi.

Data _____

Firma _____

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.