MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Anna Frank" di
AGRIGENTO

I sottoscritti ……..……

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore ……..……

Frequentante nell'anno scolastico …… la classe/sezione ……..……. della scuola

☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SEC. I GRADO

Essendo il/la minore affetto/a da ……..

……

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ☐ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione 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.
- ☐ Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.
- ☐ Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento.
- ☐ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
- ☐ 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).
- ☐ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica.

(BARRARE se del caso)

☐ Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica:

……
……
……
……

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003

☐ SI ☐ NO

Luogo e data,

Firma del padre ……

Firma della madre ……

Firma di altra persona esercente la patria potestà ……..……

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	**Numero fisso**
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la potestà genitoriale		

Firma dell'insegnante o degli insegnanti disponibili all'eventuale somministrazione:

COGNOME e NOME	**FIRMA**

Autorizzazione del Dirigente scolastico:

……
……
……