

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a)

I sottoscritti

Cognome e nome _____

Cognome e nome _____

genitori di _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____ plesso _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i come da allegata prescrizione medica

rilasciata in data _____

dal Dott. _____

- ☐ A tal fine, **autorizzano la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico disponibile**, secondo quanto previsto dalla procedura adottata dall'Istituzione scolastica e nel rigoroso rispetto delle indicazioni contenute nella prescrizione sanitaria allegata.
- ☐ Dichiarano di essere consapevoli che la presente autorizzazione della famiglia non comporta di per sé l'autorizzazione del personale scolastico alla somministrazione, che sarà formalizzata dalla Dirigente Scolastica, con apposito atto, a seguito del completamento delle verifiche e degli eventuali adempimenti previsti dalla procedura.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Allegato 3 – Certificazione medica e prescrizione per la somministrazione/autosomministrazione di farmaci in ambito scolastico

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'Informativa privacy per alunni, genitori e tutori, resa dall'Istituzione scolastica ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), pubblicata sul sito web dell'Istituto nella sezione Privacy.

Luogo e data _____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico curante _____

Genitori _____
