

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto a.S.

I sottoscritti/a (Cognome e Nome),

Genitori dell'alunna/o....., (oppure)

Esercente la potestà genitoriale sull'alunna/o,

nato/a a..... il/...../..... e residente a

Via, che frequenta la classe sez

Della Scuola dell'Infanzia / Primaria diplesso

CHIEDONO

Di poter somministrare allo/a stesso/a la terapia farmacologia
 *..... in ambito scolastico, come
 da prescrizione medica (all. 2) consegnata o da consegnarsi a scuola in data.....

Prot. N. del

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco

Numero di telefono della famiglia

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679

Sì NO

FIRMA dei genitori

.....

.....

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo

Data

(1) Firma

_____ / ____ / ____ _____

Note

- La richiesta/autorizzazione deve essere consegnata al DS;
- Essa ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso scolastico, se necessario.
- Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico;
- I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia;
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia alla scuola