

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia
Scuola primaria
Scuola secondaria I e II grado

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

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.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti.

Indicazioni sulla disponibilità del farmaco

l'alunno porterà con sé il farmaco tutti i giorni (soluzione da preferire): indicare dove si trova il farmaco (nell'astuccio, nella tasca esterna dello zaino, ecc.):

il farmaco verrà consegnato alla scuola. Indicazioni in merito alle modalità di conservazione del farmaco (ad esempio in frigorifero ad una certa temperatura):

In ogni caso i genitori devono provvedere alla sostituzione del farmaco prima della data di scadenza.

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 679-2016 e del Codice per la protezione dei dati personali di cui al D. Lgs. 196-2003 come modificato dal D. Lgs. 101-2018, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta. I dati potranno essere comunicati ad ATS, e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Note – vedi retro

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà