Al Dirigente Scolastico della scuola

……………….……………………………………

…………………………………………………….

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

il/la/i sottoscritto/a/i …………….………………………………………………………………………………………

genitore/i o tutore/i dell’alunno ……………………………………………………………………………….….....

nato/a a ………………………… il …...... / ……. / …………. , Codice fiscale …………………………………

frequentate la classe ……………….. del plesso …………………………………………………………………..

**chiedo**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa…………………………………… nell'allegata prescrizione redatta in data …...... / ……. / ………….

* **sia/siano 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.

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

Note:

* la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
* i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritiriate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;
* nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà.

Data Firma

**Si acconsente 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 e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Data Firma