MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE **"Enrico FERMI"**
via Giovanni XXIII, 18 – 20098 San Giuliano Milanese (MI)
Tel. 02/9846156 – Fax 02/9846056
e-mail miic89300a@istruzione.it; posta certificata: miic89300a@pec.istruzione.it
cod.mecc.:MIIC89300A - c.f.: 80130250154 - codice univoco: UF9FV0

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

(Modulo.4-A)

Al Dirigente Scolastico della

Scuola per l'infanzia |_|
Scuola primaria |_|
Scuola secondaria I |_|

_____

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**

Firma

Data _____ _____

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE **"Enrico FERMI"**
via Giovanni XXIII, 18 – 20098 San Giuliano Milanese (MI)
Tel. 02/9846156 – Fax 02/9846056
e-mail miic89300a@istruzione.it; posta certificata: miic89300a@pec.istruzione.it
cod.mecc.:MIIC89300A - c.f.: 80130250154 - codice univoco: UF9FV0

Acconsento 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

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 variazione 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