

RICHIEDA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti e.....
in qualità di genitori /affidatari/ tutori dell'alunno/a
frequentante la classe.....sez. scuola plesso.....
nell'anno scolastico..... affetto da.....
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
prescrizione medica allegata, rilasciata in datadal Dott.

Vista la dichiarazione del medico curante che trattasi **“di medicinale somministrabile da personale non sanitario senza esercizio di discrezionalità”** (allegata);

Visto il **Protocollo** sottoscritto dal Ministero dell'istruzione, dall' USR Lazio e dalla Regione Lazio per la somministrazione farmaci in ambito ed orario scolastico (Reg. Cron. 21036/2018)

CHIEDONO (barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona/e da noi delegate

Sign/ra..... (in allegato copia/e documento identità)

- ☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, soggetti disponibili ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità previste

N.B. Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, secondo la normativa vigente, **si intende che il firmatario l'altro genitore sia informato e la firma si intende apposta anche quale espressione anche della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale secondo la normativa vigente**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

Numeri utili		
Telefono/i fisso/i.....		
Telefono/i cellular/i.....		
Telefono Medico curante (Dott.)		

N.B.

- 1) La richiesta/autorizzazione va indirizzata alla mail dell'istituto.
- 2) La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
- 3) L' eventuale autorizzazione sarà rilasciata **SOLO** al termine della procedura prevista dal **Protocollo** sottoscritto dal Ministero dell'istruzione, dall' USR Lazio e dalla Regione Lazio per la somministrazione farmaci in ambito ed orario scolastico (Reg.Cron 21036/2018)