

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti _____
in qualità di genitori-affidatari-tutori dell'alunno/a _____
nato/a il _____ a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____
nell'anno scolastico _____, affetto da _____
constatata l'assoluta necessità, dichiarano che il proprio figlio si autosomministra il farmaco sotto indicato
con le seguenti modalità:

a. (ove occorra) si richiede l'assistenza per _____

b. si richiede la presenza del genitore _____

Come da allegata prescrizione/certificazione medica rilasciata in data _____

Dal Dott./Dott.ssa _____

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e Reg. EU 679/2016. Si impegnano inoltre a consegnare confezioni integre del farmaco indicando numero, lotto e scadenza dello stesso.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri Utili
Telefono Fisso:
Telefono cellulare
Telefono medico curante: Dott./Dott.ssa

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico o in Segreteria.

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 tutto l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.