

ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo/scuola

Il sottoscritto _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in via _____
frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____
è affetto/a da _____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data _____ dal dott. _____ e

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

- **il certificato medico** attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da **prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.**

ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data _____

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____