

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti: _____
genitori di: _____
frequentante la classe: _____ dell'Istituto _____

CHIEDONO

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, esonero la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Tempistica e dosi dei farmaci da somministrare:

Modalità di conservazione ed eventuali effetti collaterali:

Acconsentono al trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati 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

Comunicano, altresì, per le finalità di cui alla presente richiesta, i numeri di telefono da contattare in caso di necessità dei quali autorizzano espressamente la diffusione all'interno dell'Istituto.

Data

FIRMA DEI GENITORI (entrambe o delega al firmatario)

*

Numeri di telefono utili Genitori _____

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via frequentante la
classe del ns Istituto.

CHIEDONO CHE

Essendo il figlio affetto da e constatata l'assoluta necessità,
che **si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza
del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati
personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle
persone)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....
.....

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Genitori