Istituto Comprensivo Paritario "Maria Immacolata – Sant'Agnese"
Via G. Frua, 4 21047 Saronno (VA) – cod. meccanografico VA1M009009
email: scuola@istitutosantagnesesaronno.edu.it Tel: 02-9602272
www.istitutosantagnesesaronno.edu.it

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

il/la/i sottoscritto/a/i _____ genitore/i o tutore/i dell'alunno _____ nato/a a _____ il ___ / ___ / _____, Codice fiscale _____ frequentate la classe _____ del plesso _____

chiedo

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa _____ nell'allegata prescrizione redatta in data ___ / ___ / _____.

- **sia/siano 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.

- **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;

- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritiriate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;

- nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Data ___ / ___ / _____ Firma _____

_____

Si acconsente 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

Data ___ / ___ / _____ Firma _____

_____