

**RICHIESTA PER  
LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA  
(Allievi/e maggiorenni)**

**Al Coordinatore didattico del Liceo Linguistico dell'Istituto Marcelline**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto Marcelline di Via Quadronno 15, Milano

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal Medico curante nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
e nel Piano Terapeutico (come da Istruzioni)

**mi sia/siano somministrato/i dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Coordinatore didattico (Preside) 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 ed essendo consapevole che il personale incaricato alla somministrazione non deve avere né competenze, né funzioni sanitarie

Oppure che in alternativa

**io mi autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico**

**E MI IMPEGNO**

- a fornire alla scuola il farmaco in confezione integra, per tutta la durata della terapia e comunque limitatamente all'anno scolastico in corso, e l'eventuale materiale necessario alla sua somministrazione (es. siringhe, distanziatore per aerosol ecc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- a comunicare immediatamente qualsiasi variazione del Piano Terapeutico, sempre documentata dal medico responsabile.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Acconsento 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 (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza) per eventuali interventi in regime d'urgenza

Medico prescrittore Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento 1 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento 2 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Note:

- La richiesta va consegnata al Coordinatore didattico (Preside) della scuola frequentata
- In caso di inserimento da altro istituto deve essere ripresentata
- Eventuali variazioni devono essere certificate e comunicate tempestivamente