

## RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti (padre) \_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Della classe \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

**che sia continuata in orario scolastico la terapia prescritta al proprio figlio/a dal Medico Curante o Centro di Riferimento**, di cui si allega la Certificazione redatta in data \_\_\_\_\_ e il Piano Terapeutico (come da Istruzioni)

**che in caso di necessità sia instaurata la terapia di emergenza** come da prescrizione medica allegata

**che sia/siano somministrato/i a proprio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzano contestualmente il personale scolastico identificato dal Coordinatore didattico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica ed essendo consapevoli che il personale incaricato alla somministrazione non deve avere né competenze, né funzioni sanitarie.

Oppure, in alternativa **AUTORIZZANO**

**che il/la proprio/a figlio/a si autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

### E SI IMPEGNANO

- 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.

Si rendono infine disponibili per qualsiasi chiarimento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acconsentono 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. \_\_\_\_\_

Recapito del padre Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Recapito della madre 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
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la responsabilità genitoriale.