

Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (CHE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO NELL'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO - ART.2 DELLE RACCOMANDAZIONI MIUR DEL 25/11/2005 - IN AMBITO SCOLASTICO) E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i:

- genitore - tutore _____

- genitore - tutore _____

dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____ residente
a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione
_____ della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____

preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola
adottato in data _____ constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica
rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si
autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati
ideali a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI ☐ NO ☐

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal

- Consegna farmaco specifico alla scuola _____

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA del/i genitore/i o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____