**Allegato 1**

**RICHIESTA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA EDUCATIVA/FORMATIVA**

I sottoscritti .......................................................................... e ………………………………………………………….

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ........................................................................…………………..





frequentante la classe.............................. della scuola...........................................................................................

frequentante il corso................................. dell’Agenzia formativa..........................................................................



nell'anno scolastico............................................., affetto da……………………………………………………………..

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione

medica allegata, rilasciata in data ………………………………..dal Dott………………………………………………

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)









di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

di far accedere alla sede scolastica persona da me delegata: Sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di individuare, tra il personale scolastico/educativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano**

**formalmente** fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del

farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.



che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con 

La vigilanza del personale scolastico/educativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)

L’affiancamento del personale scolastico/educativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)





Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n…………..confezioni integre, Lotto………………………..scadenza……………………………….**

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della**

**volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei genitori/esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numeri utili**

………………………………… …………………………….

………………………………… …………………………...

Telefono fisso......................................................

Telefono cellulare................................................

Telefono Pediatra di libera scelta/medico curante (Dott.………………………………… ……………………………)

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso

dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno

scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la

durata della terapia.

