



UFFICIO SCOLASTICO PER LA CAMPANIA

SECONDO CIRCOLO DIDATTICO "DON PEPPE DIANA"

VIA DEI MILLE, 2 - 80011 ACERRA (NA)

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE
FARMACI A SCUOLA
per la durata del corso di studi**

Alla Dirigente Scolastica

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ e residente in via _____
città _____;

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ e residente in via _____
città _____;

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore _____

Frequentante nell'anno scolastico 20.../20..... la classe/sezione _____ del plesso:

<input type="checkbox"/> INFANZIA	<input type="checkbox"/> PRIMARIA
-----------------------------------	-----------------------------------

Essendo il/la minore affetto/a da _____

CHIEDONO

in caso di assoluta necessità

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i :

Dose e modalità di somministrazione

come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data _____ dal
Dott. _____;

- ✓ Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- ✓ Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità di somministrazione e di conservazione;
- ✓ Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- ✓ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- ✓ Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che

dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;

- ✓ Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118, Misericordia);
- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica.

Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica. **(BARRARE se del caso)**

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del GDPR 679/2016

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------------	------------------------------------

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma di altra persona esercente la patria potestà _____

Acerra, _____

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	Numero fisso
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		