

**MODULO DI RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi  
Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione  
Scuola/Istituto Comprensivo .....  
Via.....  
Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....  
nato a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
che frequenta la classe ..... sez .....  
della Scuola .....  
sita in Via ..... Cap. ....  
Località .....prov. ....

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Autorizzazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale)..... personalmente o tramite .....da me incaricato

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Autorizzazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale)..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Autorizzazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale)..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA<sup>(1)</sup> DI AUTOCERTIFICAZIONE (LEGGI 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) DA SOTTOSCRIVERE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA ALL'IMPIEGATO DELLA SCUOLA**