

**Al Dirigente Scolastico della**

- Scuola per l'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria di 1° Grado

Denominato \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FARMACO** .....

- sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

- mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	<b>MODULO n. 2 B</b> <b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (Scuola per l'infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di 1° Grado)</b>	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-IO-670 ALL. 3	

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Acconsento 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 per eventuali interventi in regime di urgenza

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore: Dr \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Madre tel \_\_\_\_\_ Padre tel \_\_\_\_\_

**NOTE:**

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata

La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa

In caso di cambio istituto deve essere ripresentata

I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico

Eventuali variazioni vanno 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 potestà