

## Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome Cognome e Nome

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

#### CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

Precisano che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

#### Sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

#### Autorizzano

- il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco
- l'alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

**Acconsentono** al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e Regolamento UE 649/2016.

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

Firma del genitore o  
di chi esercita la  
potestà genitoriale

Firma del genitore o  
di chi esercita la  
potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_

Genitori: \_\_\_\_\_