

**Allegato 1/rinn - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**RINNOVO 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 DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO**

la somministrazione in caso di **emergenza** in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica.

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

- Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola
- Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

Si precisa 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 acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e del

Regolamento UE 679/2016 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: \_\_\_\_\_