

**RICHIESTA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti.....e.....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a.....

frequentante la classe..... della scuola.....

frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data .....dal Dott.....

**CHIEDONO**  
(Barrare la voce che interessa)

- ( ) di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ( ) di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra \_\_\_\_\_
- ( ) di individuare, tra il personale scolastico o formativo, *gli* incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.**
- ( ) che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n.....confezioni integre, **Lotto**.....**scadenza**.....

Si allega **prescrizione** medica.

**Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003. Si acconsente altresì alla trasmissione dei dati alla ASL per richiedere eventuale intervento.**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale **espressione** della volontà **dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

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

Numeri utili	
Telefono fisso.....	.....
Telefono cellulare.....cell.....	cell.....
Telefono Medico curante (Dott..... )	

**N.B.**  
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.  
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.  
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.