

_____, ____/____/____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo n. 1 di Porto Torres

ALLEGATO 2 _ RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Somministrazione a minorenni

Anno scolastico _____

I sottoscritti _____

Genitori/ tutori dell'alunno _____ frequentante la Scuola
_____ classe/sezione _____

Chiediamo

(barrare la parte interessata)

- La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott. _____ in data _____. Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.
- La possibilità che lo stesso si auto somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica,

Dichiariamo contestualmente

- Che i sottoscritti e il medico di riferimento sono reperibili ai seguenti numeri telefonici:
madre _____
padre _____
medico _____
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. 196/2003 utili ed idonei a rivelare lo stato di salute del minore per la sua tutela.
- Che la presente richiesta ha la durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.
- Nel caso di terapia continuativa si rinnoverà la richiesta all'inizio di ogni anno scolastico.
- I farmaci prescritti verranno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

I Genitori / Tutori

Visto
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Annarita Pintadu