**ALL. A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

*(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla dirigente scolastica)*

I sottoscritti...............................................................................................................................................................................

genitori di.......................................................................................................... nato a ........................................ il.....................................................................residente a ....................................... in via.........................................................

frequentante la classe/sez ..........della Scuola.................................................................................................................................

essendo il minore effetto da …............................................................................... e constatata l'assoluta necessità in caso di (*indicare l’evento)…………………………………………*, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei *farmaci (indicare se farmaco indispensabile o salvavita)* ………………………………………………………… come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .......................... dal Dott. …..............................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Si impegnano ad essere sempre reperibili ai recapiti telefonici comunicati alla scuola.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI □ NO[[1]](#footnote-1) □

Data.............................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.................................................... ........................................

……………………………………………………..

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante.........................................................

Genitori...............................................................................................

1. *In caso di diniego non sarà possibile autorizzare la somministrazione del farmaco* [↑](#footnote-ref-1)