

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE
FARMACI A SCUOLA
MOD. A

Al Dirigente
Scolastico IC
Toscanini
Casorate Sempione

Il/la/i sottoscritto/a/i.....genitore/i o
tutore/i dell'alunno.....
nato/a a il / / , Codice fiscale
..... frequentate la classe del plesso
.....

chiede

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa nell'allegata
prescrizione redatta in data / /

- ☐ **sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**
Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla
somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla
somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o
della modalità di somministrazione del farmaco.

- ☐ **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con
la supervisione dei docenti**

Al fine della richiesta:

- ☐ consegna nuova prescrizione medica (modulo B):
☐ dichiara che la situazione clinica permane invariata e pertanto allega prescrizione medica redatta
dal medico per l'anno scolastico precedente

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico
in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in
custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
e ritirate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;
- nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di
esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

RECAPITI (n. telefonici) AI QUALI LA FAMIGLIA E' SEMPRE RINTRACCIABILE IN CASO DI NECESSITA':

_____ ; _____ ; _____

Data _____

Firma _____

Dichiaro, inoltre, di aver preso visione dell'informativa visionabile sul sito al seguente [link](#) e acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data _____

Firma _____

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione