RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (aii.)

Al Responsabile del Nido d’Infanzia/Scuola dell’Infanzia Denominato Comune di

Io sottoscritto/a genitore/tutore di

nato a il / /

frequentante il servizio educativo nel Comune di

# CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data / / /

* + **sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale del servizio educativo**
  + **allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola.**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico/Responsabile 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.

Firma

Data

**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

Firma

Data

Medico Prescrittore: Dr. tel

Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

Note — vedi retro

**NOTE**

* La presente richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico o al Responsabile del servizio educativo frequentato
* La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
* Quando il bambino cambia sede, la presente richiesta deve essere ripresentata
* I farmaci prescritti devono essere consegnati dalla famiglia al servizio educativo integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno educativo
* Eventuali variazioni della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco, devono essere prescritte dal medico e comunicate tempestivamente
* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà

Firma per presa visione