

**Allegato 1**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico  
Dell' I.C. 5 E. Montale**

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a.....  
frequentante la classe/sezione..... plesso .....  
nell'anno scolastico....., affetto da.....  
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, e **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli del fatto che
  - la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale
  - il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione).  
Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.  
Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.  
Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Reg. Europeo 679/2016.

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

**Si allega prescrizione medica.**

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

Firma \_\_\_\_\_

Numeri utili	
Telefono fisso.....	.....
Telefono cellulare.....	.....
Telefono Medico curante (Dott. ....)	.....)
<b>N.B.</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.	