**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O DI AUTOSOMMINISTRAZIONE**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL’ALUNNO/A E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori /esercitanti la potestà genitoriale dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ dell’IC3 “de Curtis Ungaretti” Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e constatata l’assoluta necessità,

**CHIEDONO**

la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a studente/paziente dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Si autorizza fin d’ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale adulto non sanitario ed al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni specifiche né l’esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all’orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco)

□ Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

□ Sì □ NO

□ Si autorizza il proprio figlio/a all’autosomministrazione.

Si allega la prescrizione del □ Medico di Medicina Generale  Pediatra di libera scelta

Ercolano, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercitanti la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/ Medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Genitori/esercitanti la potestà genitoriale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_