RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (an2B)

Al Dirigente Scolastico dell' Istituto Superiore

Io sottoscritto/a

nato/a a il \_/\_/ / C. Fiscale I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

frequentante la classe dell' Istituto nel Comune di

**CHIEDO**

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

# D mi sia/siano somministrato/i dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente ii personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla sommm1strazione de! farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilita 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 modalita di somministrazione de! farmaco.

oppure che, in altemativa,

# D io mi autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico.

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 Familiare di riferimento ( specificare)

I. cell.: --------

2. cell.: --------

**Note** - **vedi retro**

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
* La validita corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
* In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
* I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
* Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente