

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI  
DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

I sottoscritti .....  
genitori di .....  
nato a il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
Essendo il minore effetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco) .....  
personalmente o tramite ..... da noi incaricato

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco) .....  
..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia 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, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione 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.

**Consapevoli che l'eventuale somministrazione dei farmaci viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

Numeri di telefono utili:

● famiglia .....

● pediatra di libera scelta/medico curante .....

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.igs n. 196/03.

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_