

**RICHIESTA DELLA FAMIGLIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO****I sottoscritti:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Genitori/tutori legali dell'alunno:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la Scuola  dell'Infanzia  Primaria  Secondaria di I gr.  
 dell'I.C. “G. Falcone” Classe/sezione \_\_\_\_\_ 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 persone da noi delegate (*in tal caso è necessario allegare delega con copia dei documenti delle persone delegate*)
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia. I sottoscritti **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento del personale che si renderà disponibile, esonerandolo da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.**
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n. \_\_\_\_\_ confezioni integre:**

1. Lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_
2. Lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_
3. Lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- Prescrizione medica
- Delega a persone di fiducia per la somministrazione del farmaco

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 679/2016.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **il dichiarante**, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità **sottoscrive la presente richiesta in accordo con l'altro genitore del minore, nell'osservanza delle norme del codice civile in materia di responsabilità.**

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

Firma dei Genitori o Tutori

**NUMERI UTILI**

**Tel. Cellulare:** \_\_\_\_\_

**Tel. Fisso:** \_\_\_\_\_

**Tel. Medico curante (Dott. \_\_\_\_\_):** \_\_\_\_\_