

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Globale Sant'Antioco \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Somministrazione a minorenni

Anno scolastico \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/ tutori dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante la Scuola

classe/sezione \_\_\_\_\_

Chiediamo

(barrare la parte interessata)

- La somministrazione alla stessa di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal dott. \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ (allegato n.1)  
Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.
- La possibilità che lo stesso si auto somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegato n.1.

Dichiariamo contestualmente

- Che i sottoscritti e il medico di riferimento sono reperibili ai seguenti numeri telefonici:

madre \_\_\_\_\_

padre \_\_\_\_\_

medico \_\_\_\_\_

- Di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dl D.Lgs. 196/2003 utili- idonei a rivelare lo stato di salute del minore per la sua tutela-
- Che la presente richiesta ha la durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario
- Nel caso di terapia continuativa si rinnoverà la richiesta all'inizio di ogni anno scolastico
- I farmaci prescritti verranno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

I Genitori / Tutori

\_\_\_\_\_

Visto  
Il Dirigente Scolastico  
Tiziana Meloni