

Allegato 5

**Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture
educative
Scuola/Istituto Comprensivo.....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....
nato ail.....
residente ain Via.....
che frequenta la classesez
della scuola.....
sita in Via Cap
Localitàprov.

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a oppure:

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI' ☐

NO ☐

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale