

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO – anno scolastico**

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Mulazzano

I.....sottoscritto/i.....//.....

genitori/tutore dell'alunno/a

nato a il

frequentante la classe della scuola
secondaria Mulazzano
primaria di Mulazzano
primaria di Casalmaiocco
primaria di Cervignano
infanzia di Cassino d'Alberi

chiedo

(crocettare la voce che interessa)

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata. 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 di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta;
- la possibilità che mio figlio/a si autosomministri la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
- la somministrazione del farmaco da parte di un familiare o di persona incaricata dalla famiglia

(indicazioni obbligatorie)

Farmaco

Dosi

Periodo di somministrazione

Orario

Modalità di conservazione

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili* da parte di terzi ai sensi del REGOLAMENTO U.E 679/2016 esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta. * I dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone.

Firma Genitori.....//.....

*Qualora questa richiesta venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori

Numeri di telefono utili Medico prescrittore Dr. Tel.

Genitori: tel. abitazione

Mamma cell. Papà cell.