

**Comunicazione di assunzione 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 a _____ il _____
residente a _____ via _____ tel _____
studente/studentessa che frequenta la classe _____ sez _____ della scuola
_____ a _____

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/siano somministrato/i in orario scolastico il/i farmaco/i come da certificazione medica allegata

(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

Data

Firma del genitore o chi ne fa le veci

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale _____