## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della	Scuola per l'infanzia  _  Scuola primaria  _  Scuola secondaria I e II grado  _
Io sottoscritto/a	
genitore/tutore dell'alunno	
nato ail//_	
frequentante la classe della scuola	
CHIED	<b>OO</b>
che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medinel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data	
sia/no somministrato/i a mio/a figlio/ Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificate farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile deriva le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eve somministrazione del farmaco.	o dal Dirigente Scolastico alla somministrazione de nte dalla somministrazione essendo state osservate tutto
oppure che, in alternativa,	
mio/a figlio/a si auto-somministri la con la supervisione dei docenti	terapia farmacologica in ambito scolastico
	Firma
Data	
Acconsento al trattamento dei dati personali e se 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispo eventuali interventi in regime di urgenza	ensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. ndere alla presente richiesta e ad AREU per
	Firma
Data	
Medico Prescrittore: Dr	tel
Genitori: Madre cell	Padre cell

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà