

Oggetto: **Modulo richiesta di auto-somministrazione farmaci in orario scolastico**

Il sottoscritto (padre) _____ nato a _____ il _____
La sottoscritta (madre) _____ nata a _____ il _____
genitori dell'alunno nato a il
residente a in via..... n.....
frequentante la classe/sezione..... del plesso

DICHIARANO

che il proprio figlio/a _____

è affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

che venga autorizzato/a l'alunno/a ad auto-somministrarsi in ambito ed in orario scolastico e sotto la sorveglianza di personale non sanitario, il seguente farmaco: _____

come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal dott.

_____ esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega a tal fine:

il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

DICHIARANO

- 1) Che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
- 2) Che l'alunno/a possiede capacità di gestione autonoma ed ha ricevuto opportuno addestramento per la auto-somministrazione del farmaco.
- 3) Di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei dati personali rilasciata dall'Istituto scolastico secondo quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 sull'Albo On-Line e sul sito web.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati particolari in relazione alle finalità di svolgimento di quanto sopra descritto e ne danno conferma barrando la voce interessata.

[SI]

[NO]

Data _____

Firma dei genitori o dell'esercente potestà
genitoriale

Allegare fotocopie documenti riconoscimento

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

Medico curante: tel _____