

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
Via Volsinio, 25  
ROMA

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola di: \_\_\_\_\_

#### CHIEDONO

- che sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica
- che sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- che il minore si **auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

S'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Recapiti telefonici:

- Pediatra di libera scelta/medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \*

\_\_\_\_\_

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.