RICHIESTA PER **SOMMINISTRAZIONE** DI FARMACI

IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori o tutori dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo – CREAZZO

I sottoscritti: …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………….……………..……

 ………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………

 **🖵**  **GENITORE/I**  **🖵 TUTORE/I**

dell’alunno/a ……………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..

nato/a il ……………………………………………… a …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………

frequentante il Plesso …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..…………………………….… classe ……………… sez. ………………

DICHIARANO che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da: …..………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

(patologia presentata dall’alunno/a per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

e, constatata l’assoluta necessità, CHIEDONO che venga **somministrato** al/alla proprio/a figlio/a il farmaco in caso di urgenza, come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data …………………………………………….…… dal dott. …..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… – Città …..…………………………………………………………………………………….……………………………… tel. ……………………………………………………… cell. ………………………………………………………

DICHIARANO che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica.

Sono a conoscenza che la certificazione medica presentata alla Scuola ha validità per l’anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso se necessario.

Avranno cura di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento/sostituzione del farmaco in relazione alla scadenza dello stesso.

Allegano il certificato medico attestante le condizioni di salute dell’alunno/a come dichiarate nella presente, corredato dalla prescrizione del farmaco con chiaramente specificati:

* nome commerciale del farmaco;
* descrizione dell’evento che ne richiede la somministrazione;
* posologia e modalità di somministrazione;
* modalità di conservazione;
* luogo di conservazione.

CONUNICANO i seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1° NUMERO:** |  | **3° NUMERO:** |  |
| **2° NUMERO:** |  | **4° NUMERO:** |  |

ACCONSENTANO al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03: **🖵** **SI 🖵 NO**

Creazzo, ………………………………………………………………………… Firma del/dei genitore/i o del/dei tutore/i

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….