

Al Dirigente Scolastico dell'IC  
San Tommaso D'Aquino di Priverno

RICHIESTA

I sottoscritti.....e.....

In qualità di genitori- affidatari- tutori dell'alunno/a.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data.....dal Dott.....

CHIEDONO

(barrare la/e voce/i interessata)

- Di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- Di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata-  
Sig/ra-----
- Di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- Che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- A. la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione)
- B. l'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lsg 196/2003.

**Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....**

**Si allega prescrizione medica**

In caso di genitori con firma unica specificare per quale tipologia

- In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.
- In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.
- In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011
- Per fratelli/sorelle compilare due modelli, uno per ciascun fratello/sorella.

Data,.....

Firma dei genitori o esercenti la potestà genitoriale

.....

**Numeri utili**

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

Telefono medico curante (Dott.....)

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia