

**Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo da parte di esercente la potestà genitoriale**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative/Direttore Ente di Formazione

Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio/Ente .....

Via.....

Cap. .... Località..... Prov. ....

**Io sottoscritto/a** (Cognome Nome).....

In qualità di genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato a ..... il.....

residente a ..... in Via.....

Cap ..... Località ..... Prov. ....

che frequenta la classe ..... sez .....

della scuola .....

sita in Via ..... a .....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione scolastica/Educativa e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici/ per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

**CHIEDO**

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

di autorizzare l'accesso alla sede scolastica al Sig.....

da me delegato con documento allegato per somministrare il farmaco a mio figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica

allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data .....

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

**Numeri di telefono utili:**

famigliari / tutore .....

pediatra di libera scelta .....

medico di medicina generale ..... specialista ..... Altro .....