

Al Dirigente Scolastico della scuola

.....

.....

## **RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

**A.S.2025.26**

il/la/i sottoscritto/a/i .....

genitore/i o tutore/i dell'alunno .....

nato/a a ..... il ..... / ..... / ....., Codice fiscale .....

frequentate la classe ..... del plesso .....

### **chiedo**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa..... nell'allegata prescrizione redatta in data ..... / ..... / .....

o **sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

o **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritirate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;
- nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Data

Firma

**Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Data

Firma