

Allegato 3

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dell'alunno maggiorenne da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo _____

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nata/o a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è
obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

la somministrazione dei farmaci
farmaci
in ambito ed orario scolastico
da parte del personale scolastico

l'auto-somministrazione dei
farmaci
in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

mi impegno a custodire
personalmente il farmaco

chiedo alla scuola di custodire il farmaco

mi impegno ad informare il personale della scuola prima dell'assunzione del farmaco e ad
assumerlo alla presenza di un operatore scolastico.

=====
Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M.
305/06. Autorizzo gli operatori della scuola alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica.
Il farmaco sarà fornito alla Scuola dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una
nuova certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dell'interessato/a)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____ Medico _____