



## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)**

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia |\_|  
Scuola primaria |\_|  
Scuola secondaria I e II grado |\_|

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

### **CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

**sia/no 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.

oppure che, in alternativa,

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

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Accenso 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

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93





Ministero dell'Istruzione e del Merito  
**Istituto Comprensivo "E. Fermi"**

Via Donizetti, 4  
20095 Cusano Milanino (MI)

Firma

Data \_\_\_\_\_

- Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_
- Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

**NOTE**

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

NOTA BENE: Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile).

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93



miic8ax00n@istruzione.it  
miic8ax00n@pec.istruzione.it



02 6132812



icfermicusano.edu.it



C.F. 83043750153  
Cod. Mecc. MIIC8AX00N