



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO

tel 031 461447 - CF 80013500139

coic811002@istruzione.it

coic811002@pec.istruzione.it

<https://lnx.icsci.edu.it>

Alla Dirigente Scolastica
IC CAPIAGO INTIMIANO

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

il/la/i sottoscritto/a/i
genitore/i o tutore/i dell'alunno
nato/a a il / /, Codice fiscale
frequentate la classe del plesso

chiede

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 dalla Dirigente Scolastica 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 genitoriale.

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