



I



Istituto Comprensivo
Adelaide Ristori

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

- ☐ genitore
☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore frequentante _____ nell'a.s. 20.. /..

la Scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria

classe Sez.

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il seguente/i farmaco/i con certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____ che si allega.

Si dichiara altresì che la validità e relativa data di scadenza del farmaco è stata controllata dalla famiglia. In caso di scadenza durante l'anno si provvederà alla sostituzione del farmaco scaduto.

A tal fine:

AUTORIZZA

- ☐ il personale scolastico individuato ed incaricato dal Dirigente alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto;
☐ il minore stesso alla auto somministrazione per età, esperienza, addestramento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e "Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali".

☐ SI ☐ NO

In fede
(Firma)

Numeri utili:

Genitori:
.....

Medico curante:
.....

Altro:
.....