

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture
Nome.....
Via.....
Località.....Provincia.....

Al Dirigente Medico responsabile della Pediatria di Comunità
Azienda USL di RE
Distretto di

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)
genitore/tutore dello studente (Cognome Nome).....
nato a.....il.....
residente a.....in Via.....
che frequenta la classe Sez.
della scuola/struttura.....
sita in ViaCap.....
Localitàprov.....

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni / ospiti, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario scolastico / di presenza in struttura secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO
(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica / struttura per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a,

Oppure
che a mio figlio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico / di presenza in struttura il
farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale)
.....

Oppure
 che il farmaco sia autosomministrato come da certificazione medica allegata
.....

Consegno n.....confezioni integre

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03

In fede

Firma dei genitori o esercente potestà genitoriale
.....

Numeri di telefono utili:
famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale