

**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
