

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico  
 Direzione Didattica 2° Circolo  
 47822 - Santarcangelo di R.(RN)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....  
 genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....  
 nato a ..... il.....  
 residente a ..... in Via.....  
 che frequenta la classe ..... sez ..... della Scuola .....  
 ..... sita in Via .....  
 Cap ..... Località ..... prov. ....

**CHIEDO**

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da autorizzazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (nome farmaco) .....personalmente o tramite.....da me incaricato  
 (oppure)
- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da autorizzazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale).....*consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;*  
 (oppure)
- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da autorizzazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale).....*consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.*

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

**Numeri di telefono utili (famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale...):**

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

Santarcangelo di Romagna, li \_\_\_\_\_

Firma (Padre) \_\_\_\_\_ Firma (Madre) \_\_\_\_\_

**Nella eventualità la presente richiesta sia sottoscritta solo da uno dei genitori:**

I sottoscritt padre/madre, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, **DICHIARA** di avere effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_

Il Padre/La Madre \_\_\_\_\_

**Si allega documento d'identità del/i dichiarante/i**