

**Richiesta per la somministrazione
di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali
in orario e ambito scolastico (alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico

Via _____
Comune _____ Provincia _____

Il sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore dello/a studente _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____ in
Via _____ frequentante la classe _____ sez _____
della scuola _____ di Via _____
Cap _____ Comune _____ Prov. _____

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;
preso atto del protocollo tra Dirigenza Scolastica e l'Azienda ASL di _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data _____ (se esistente);
vista la specifica patologia dell'alunno: _____

CHIEDE
(barrare la scelta)

☐ che sia consentito l'accesso al sottoscritto o alle seguenti persone _____
per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari: _____

oppure:

☐ che allo studente sia somministrato, da personale scolastico appositamente individuato, il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.
A tal fine il sottoscritto consegna n. _____ di confezioni integre del farmaco necessario (scadenza _____).

Il sottoscritto si impegna a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data _____

Per eventuali comunicazioni: telefono fisso _____ cellulare _____