

MODULO A

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

per patologie croniche o in caso di emergenza

I sottoscritti genitori
di nato/a il residente
a in via
frequentante la classe della Scuola
di
essendo il/la minore affetto/a da
e constatane l'assoluta necessità

CHIEDONO

che il minore si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica come da allegata documentazione medica, con la vigilanza del personale della scuola

La richiesta è riferita:

- al periodo dal al
- al corrente anno scolastico /.....

A tal fine precisano che il/la figlio/a porta con sé il medicinale nello zaino ed è autonomo/a nell'assunzione dello stesso, sollevando il personale scolastico da ogni responsabilità nella somministrazione.

Allegano certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante, attestante la necessità e indispensabilità della somministrazione del farmaco per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Altra persona reperibile

Data Firma

Se firma un solo genitore

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver 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"

Firma