



# ISTITUTO COMPRENSIVO DI RUDIANO

25030 Rudiano - Via de Gasperi, n. 41 - TEL. 0307069017

C.F. 82002390175 - C.M. BSIC86100R

email: [bsic86100r@istruzione.it](mailto:bsic86100r@istruzione.it) [bsic86100r@pec.istruzione.it](mailto:bsic86100r@pec.istruzione.it) - internet: [www.icrudiano.edu.it](http://www.icrudiano.edu.it)

codice univoco ufficio : UFJLBE



Scuole primarie e secondarie di primo grado di Rudiano, Roccafranca e Urago d'Oglio

## RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Allegato 1

### DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria \_\_\_\_\_

scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

essendo lo studente affetto da \_\_\_\_\_

#### CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)

Dr. \_\_\_\_\_ nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

sia/no somministrato/ i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie.

Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

**Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità**

- Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accenso al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_