

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO***(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)*

Alunno-Genitori

Ufficio

Prot. n. \_\_\_\_\_ Tit. \_\_\_\_\_ cl. \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell 'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la Scuola :

 Primaria plesso di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ Secondaria di 1° grado classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_**DICHIARA**

che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_

é affetto/a da \_\_\_\_\_

Constatata l'assoluta necessità

**CHIEDE**

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco : \_\_\_\_\_

 in caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_ dosaggio e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ quotidianamente con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra.

**COMUNICA**

I seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero \_\_\_\_\_ 2° numero \_\_\_\_\_

**ESONERA**

la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega. a tal fine : il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente, correlato dalla prescrizione del farmaco indispensabile con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco:

**Privacy**

- L'informativa sul nuovo regolamento UE 2016/679 è disponibile sul sito web istituzionale alla voce privacy.

Livigno, \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori**  
\_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO***(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)*

Alunno-Genitori

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_

L'Assistente amm.vo addetto al controllo \_\_\_\_\_

Il Direttore dei Servizi G. A.  
Maria Catena FAZIO**Note Del Dirigente Scolastico**Visto Si autorizza Non si autorizza Il Dirigente Scolastico regg.  
Dott. Gianmaria TOFFI