

RICHIESTA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO (ALUNNO/A MINORENNE)

Alla Dirigente Scolastica
del C.D. "E. De Filippo"
via Scafati, 4
Santa Maria la Carità (NA)

I sottoscritti _____ e _____,
in qualità di genitori/tutore/i /affidatario/i dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____
in via _____, frequentante la classe _____ sez. _____
plesso _____, consapevoli che il personale scolastico non ha
competenze né funzioni sanitarie, vista la specifica patologia dell'alunno/a _____
e constatata l'assoluta necessità del farmaco prescritto,

CHIEDONO

che all'alunno/a sia consentito autosomministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato/a dal personale della scuola, come indicato nell'allegata certificazione medica.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia. Essi acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data _____

In fede,

Firma dei genitori* o di chi esercita la patria potestà

Recapiti telefonici utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____

* Alla luce delle disposizioni del Codice civile in materia di filiazione, qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende condivisa.

Modulistica somministrazione farmaci