

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

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Alla Dirigente Scolastica
C.D. "Eduardo De Filippo"
Via Scafati, 4
S. MARIA LA CARITÀ (NA)

I sottoscritti _____,
in qualità di genitori/tutore/i dello/a studente _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ frequentante la classe _____ sez _____
Plesso _____

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;

vista la specifica patologia dell'alunno: _____ e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO
(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 _____).

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 telefoni 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.