

Modulo A

Modulo A: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Colozza"
CAMPOBASSO

Il/i sottoscritto/i _____

Genitore/i - tutore /i dell'alunno/a _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe/ sezione _____ della scuola _____

Nell'anno scolastico _____

Vista la specifica patologia dell'alunno _____

Chiede/ono

La somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di
cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i
dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Si ___ No ___

- Allega Prescrizione /certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal

-Consegna farmaco specifico alla scuola _____

-Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino)

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo
l'allegata prescrizione medica di cui al modulo D;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia in ambito scolastico secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo D

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel _____ tel cellulare _____

Genitori Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____