

**ISTITUTO SCOLASTICO PARITARIO
“COR JESU”**

SCUOLA DELL' INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GR.
Via Teano, 21 – 20161 Milano
Tel. 02 66222486 – Fax 02 66204916
E-mail: segreteriaacorjesu.mi@gmail.com

SCUOLA PRIMARIA

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

La richiesta va consegnata direttamente alla Vicecoordinatrice

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico/pediatra di famiglia o specialista) nell'allegata prescrizione redatta in data ____ / ____ / _____ sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola autorizzato e contestualmente identificato nella figura della Vicecoordinatrice, Sig.ra Patrizia Mantovani, sollevando la stessa da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. **Si ricorda che nessun docente è tenuto alla somministrazione dei farmaci.** Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dell'incaricato/a.

Data _____

Firma del genitore (*)
o dei genitori _____

(*) Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) per eventuali interventi in regime di urgenza.

NOTE La richiesta va consegnata alla Vicecoordinatrice della scuola frequentata • La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa • I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico • Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente • **Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà in osservanza delle norme in materia di responsabilità genitoriale.**