# Allegato 1

**RICHIESTA**

# AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti .......................................................................... e …………………………………………………..…………..

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ........................................................................…………….………..

□ frequentante la classe.............................. della scuola................................................................................................

□ frequentante il corso................................. dell’Agenzia formativa................................................................................

nell'anno scolastico............................................., affetto da…………………………………………………………..………

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………………..dal Dott…………………………………………….……..

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

* di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
* di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra
* di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  +  La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
  +  L’affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

# Si consegnano n…………..confezioni integre, Lotto……………………….. scadenza……………………………….

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data, |  | |
|  | **Numeri utili** |  |
| Telefono fisso...................................................... | ………………………………… | ……………………………. |
| Telefono cellulare................................................ | ………………………………… | …………………………... |
| Telefono Medico curante (Dott. ) | | |

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.