

**Allegato n.1**

**di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico  
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo  
Nome.....  
Via.....  
Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....  
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....  
nato a ..... il.....  
residente a .....in Via.....  
che frequenta la classe ..... sez .....  
della scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località .....prov. ....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:  
famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale