

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo “XXV Luglio-Bettolo”  
Via Pitagora, 73  
Taranto

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell’alunno/a..... frequentante la classe:  
..... della scuola ..... (*Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado*)

### CHIEDE

la somministrazione del farmaco, di cui si allega prescrizione medica.

A tal fine:

### AUTORIZZA

il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Farmaco:
Dosi:
Orari:
Periodo di somministrazione:
Modalità di somministrazione:
Modalità di conservazione:

Il sottoscritto si impegna a fornire il farmaco e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. I farmaci prescritti saranno consegnati in confezione integra (indicando sulla confezione nome, cognome e classe dell’alunno) e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. Sarà cura del genitore/tutore controllare la scadenza del farmaco e sostituirlo.

*Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità e la fattibilità della somministrazione da parte del personale*

*non sanitario) la posologia necessaria, la modalità di conservazione del farmaco, le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.*

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, si autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda ai fini dell'attivazione delle procedure conseguenti.

**Numeri di telefono utili:**

<b>Medico Curante</b>	Dott.	Tel.
<b>Madre dell'alunno</b>	Sig.ra	Tel. fisso: Cellulare:
<b>Padre dell'alunno</b>	Sig.	Tel. fisso: Cellulare:

Taranto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_