

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

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

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

CHIEDE

l’auto-somministrazione del farmaco, di cui si allega prescrizione medica.

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

A tal fine:

DICHIARA

l’autonomia del proprio figlio nell’auto-somministrazione del farmaco e si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Il sottoscritto:

- autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco suindicato;
- incarica la Scuola di custodire il farmaco. In tal caso si impegna a:
 - fornire il farmaco prescritto in confezione integra (indicando sulla confezione nome, cognome e classe dell’alunno);
 - 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:

Medico Curante	Dott.	Tel.
Madre dell'alunno	Sig.ra	Tel. fisso: Cellulare:
Padre dell'alunno	Sig.	Tel. fisso: Cellulare:

Taranto, _____

Firma _____