SCUOLA PRIMARIA PARITARIA PARIFICATA
E SCUOLA DELL'INFANZIA
"SACRA FAMIGLIA"

Via del Calice, 12 – 00178 Roma
Tel. 06/7188697 – Cell. 366/9008194
segreteriascuolasacrafamiglia@gmail.com - scuolamministrazione@gmail.com
www.scuolasacrafamiglia.org

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Alla Coordinatrice Didattica della Scuola Sacra Famiglia

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDE

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/

□ sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
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 dei docenti

Firma

Data,_____

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 per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data,_____

- Medico Prescrittore: Dr. _____tel _____

- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____