Allegato n.1

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA**

**IN CONTESTO EXTRA FAMIGLIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture

Nome……………………………

Via………………………………

Località……………………………Provincia…………

Al Dirigente Medico responsabile della Pediatria di Comunità

Azienda USL di RE

Distretto di ………………………...

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) ……………………………………………………………………

genitore/tutore dello studente (Cognome Nome).……………………………………………………

nato a…………………………………………………………il………………………………………

residente a……………………………in Via…………………………………………………………

che frequenta la classe ………………. Sez. …………………………….

della scuola/struttura…………………………………………………………………………………

sita in Via ……………………………………………………………..Cap …………………………

Località ………………………………………………..prov…………………………………………

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

CHIEDO

(barrare la scelta)

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

Oppure

⁮ che a mio figlio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico / di presenza in struttura il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale) …………………………………………………………………………………………………………

Oppure

🗆 che il farmaco sia autosomministrato come da certificazione medica allegata

…………………………………………………………………………………………………………

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 dei genotori o esercente potestà genitoriale

…….…………………………………………

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale