**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo di Campagnano**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti .................................................................... ..................................................................... genitori di ................................................................. nato/a a ......................................... il .............. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a .................................................

Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott. …...........................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, che può intervenire soltanto in situazioni che non richiedano discrezionalità né in relazione all’individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi e modalità di somministrazione:

* sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento
* allegano il “piano di intervento”, redatto dal medico curante, contenente dettagliate ed esaurienti istruzioni che permettano a personale privo di conoscenze sanitarie professionali di individuare senza ambiguità l’evento che richiede la somministrazione del farmaco, i tempi e la modalità di somministrazione.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... ........................................