Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo
n. 14 di Bologna

Oggetto: **Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.**

Il/La sottoscritto/a ……

in qualità di genitore/soggetto che esercita la potestà genitoriale

di …… nato il ……..
(Cognome e Nome alunno/a)

a ……. (…….) e frequentante nell'anno scolastico ……/……. la scuola:

Scuola Secondaria di I grado classe …… sezione …….

Scuola Primaria Plesso: …….…… classe …….. sezione …….

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato sulle procedure vigenti in codesta scuola in tale materia,

CHIEDE

- ☐ **A**: l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, …… (1) coerentemente alla certificazione medica allegata, nei seguenti giorni e orari ……

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.

*****Eventuali persone DELEGATE**
Il/la sig./sig.ra ……. di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

- ☐ **B:** che si proceda alla somministrazione del farmaco in orario scolastico, secondo le indicazioni mediche allegate, da parte del personale scolastico.

Numeri di telefono utili:
Medico curante …….…….

Genitori ……

Si consente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgvo 196/2003.
In fede.

Data, _____ Firma _____

In allegato: - prescrizione medico curante

[Digitare il testo]

(1) Indicare il nome commerciale del prodotto (che deve essere identico a quello riportato nella documentazione sanitaria)