Allegato 1

# ISTITUTO COMPRENSIVO SELVAZZANO II

# Via Cesarotti 1/A, 35030

# C/O SEGRETERIA DIDATTICA

# OGGETTO: Richiesta autorizzazione alla somministrazione di farmaci

l sottoscritti

in qualità di:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

genitori tutori affidatari

dello studente (cognome) (nome)

nato il a e frequentante nell’anno scolastico /

la classe presso ,

# DICHIARANO

che lo studente è affetto da

*(come descritto nella dichiarazione medica allegata)*

# PREMESSO

1. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente è in grado di provvedervi autonomamente;
2. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente;
3. che, in caso di urgenza, potrebbero presentarsi situazioni prevedibili descritte dal medico nella dichiarazione allegata quali: *(specificare le manifestazioni descritte nella dichiarazione medica)*

# AUTORIZZANO

*(barrare la/e casella/e)*

* lo **studente stesso alla auto somministrazione** del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso A**)
* il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso B**)
* nel **caso di urgenza**, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico (**caso C**)

# SOLLEVANDO

in tutti e tre i casi il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

# ALLEGANO:

* 1. dichiarazione rilasciata dal medico curante attestante la patologia, la descrizione del farmaco indispensabile per la malattia e per il trattamento d’urgenza con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e la dichiarazione che lo stesso può essere somministrato anche dal personale individuato\*;
  2. il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

# CONSEGNANO:

1. Il farmaco specificando le modalità di conservazione
2. Altro

**COMUNICANO** che i numeri di telefono utili sono:

# Genitori, tutori, affidatari

**Medico Curante**

Firma

Firma

Data