



Istituto Comprensivo di Fiano

VIA CASTELLO 7 – 10070 FIANO (TO) – 011 9254261

C.F.: 92028690011 – C.M.: TOIC828007 – Codice IPA: istsc_toic828007 – Codice Univoco per la F.E.: UFB73E
TOIC828007@istruzione.it – TOIC828007@pec.istruzione.it – www.icfiano.edu.it

Allegato 1 procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____

Cognome e Nome

Cognome e Nome

in veste di: ☐ genitori o ☐ soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO

la somministrazione in caso di **emergenza** in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica.

rilasciata in data: _____ dall'ASL TO _____

☐ Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola

☐ Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

Si precisa che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario**

e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, _____

Firma del genitore o

di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o

di chi esercita la potestà genitoriale