

**RICHIESTA ed AUTORIZZAZIONE  
alla somministrazione farmaci in ambito scolastico**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore legale del minore  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_

**chiedono**

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologia continuata in ambito scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dottor \_\_\_\_\_ e che allego.
- la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologia al bisogno come da prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dottor \_\_\_\_\_ e che allego.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di seguito descritta.

- la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica in mio possesso.
- in via continuativa  al bisogno

Farmaco \_\_\_\_\_  
Dosi \_\_\_\_\_  
Orari (se continuativa) \_\_\_\_\_  
Oppure in caso di \_\_\_\_\_  
Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

Con la presente acconsento anche al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data e firma dei genitori o di chi ne fa le veci