

MODELLO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

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

I Sottoscritti: _____ e _____
(Cognome e Nome) (Cognome e Nome)

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

dell'alunno/a: _____
(Cognome e Nome)

nato/a a _____ (____) in data ____ / ____ / ____

frequentante la classe _____ sezione _____ Liceo Scientifico "L. da Vinci" sede Floridia/

Liceo Scientifico "L. da Vinci" sede Canicattini Bagni

essendo il minore affetto da _____
(riportare la patologia diagnosticata dal medico)

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. _____.

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e sono consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario.

Sollevano, dunque, da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì, sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

- ☐ **Autorizzano il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco**
- ☐ **Acconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del GDPR (Regolamento 2016/679)**

Data, ____ / ____ / ____

Firma dei genitori _____