

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

..I... sottoscritt... ..... nat... a ..... (.....) il .../.../....., in qualità di  
(cognome e nome)  
 genitore  esercente la responsabilità genitoriale e

..I... sottoscritt... ..... nat... a ..... (.....) il .../.../....., in qualità di  
(cognome e nome)  
 genitore  esercente la responsabilità genitoriale  
dell'alunn... ..... nat... a ..... (.....) il .....

iscritto e frequentante nell'anno scolastico 20...../20..... l'Istituto Comprensivo di Cetraro – plesso:

Scuola dell'Infanzia		Scuola Primaria		Scuola Secondaria di primo grado
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> S. Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> S. Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Corso San Benedetto
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Lucia	<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Via Donato Faini
<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	
<input type="checkbox"/> San Filippo		<input type="checkbox"/> San Filippo		

classe  1<sup>a</sup>  2<sup>a</sup>  3<sup>a</sup>  4<sup>a</sup>  5<sup>a</sup> - sezione  A  B  C

**CHIEDE**  **CHIEDONO**

che  al  alla minore sopra indicat.....  possa  possano essere somministrat.... in ambito ed orario scolastico  il farmaco .....  i farmaci .....  
come da certificazione medica allegata.

a) Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario

**AUTORIZZA**  **AUTORIZZANO**

la somministrazione del/dei farmaco/i da parte del personale scolastico coerentemente alla certificazione medica allegata, sollevando il personale scolastico da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

b) Constatata l'assoluta necessità

**AUTORIZZA**  **AUTORIZZANO**

il  la minore stess... all'autosomministrazione,  del farmaco  dei farmaci in ambito ed orario scolastico, con la vigilanza del personale della scuola, come da certificazione medica allegata.

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dai servizi di Pediatria dell'Azienda Sanitaria di pertinenza, dal Pediatra di Libera scelta e/o dal Medico di Medicina Generale.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale ..... - .....

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale      Firma del genitore esercente la responsabilità genitoriale

**In caso di firma da parte di uno solo dei genitori**

..I... sottoscritt... ..... in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c. in materia di filiazione, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità dichiara ai sensi del DPR 445/2000 di aver condiviso e concordato con l'altro genitore l'autorizzazione in oggetto.

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale .....

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I sottoscritti..... e ..... dichiarano di aver preso visione dell'informativa per famiglie sul trattamento dei dati personali relativi alla somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico.

Il trattamento dei dati sarà effettuato nel rispetto ed in conformità della normativa in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e all'art. 13 del GDPR - Regolamento UE 2016/679)

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale

Firma del genitore esercente la responsabilità genitoriale