



**PARROCCHIA DI SAN MARTINO
SCUOLA DELL'INFANZIA "DON GIUSEPPE GILARDI"**

Via Brera, 25 – 20010 INVERUNO (MI)

Tel. e Fax. 02/9787097

e-mail: segreteria.scuola@chiesediinveruno.it

ScuolaInfanziaGilardi@pec.it

Sito web: www.chiesediinveruno.it

Codice Fiscale: 93003170151 P.Iva 08678140156

MOD B1 Rev. 01/2018

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Genitore/Tutore dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale Alunno/a _____

Frequentante la Sezione _____ della Scuola dell'Infanzia "Don G. Gilardi"

Per l'Anno Scolastico _____

CHIEDE

Che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'**allegata prescrizione** redatta in data ____ / ____ / ____ compilata con le informazioni richieste nella nota allegata al presente modulo (Mod B2)

sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a DAL PERSONALE della scuola

- Autorizzo contestualmente il personale scolastico, identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del farmaco stesso, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
- Sono consapevole che il personale scolastico, resosi disponibile alla somministrazione del farmaco, non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
- Mi impegno a fornire alla Scuola il farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a Scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

Data _____ Firma dei genitori _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi della vigente normativa, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) per eventuali interventi in regime di urgenza sanitaria.

Data _____ Firma dei genitori _____



**PARROCCHIA DI SAN MARTINO
SCUOLA DELL'INFANZIA "DON GIUSEPPE GILARDI"**

Via Brera, 25 – 20010 INVERUNO (MI)

Tel. e Fax. 02/9787097

e-mail: segreteria.scuola@chiesediinveruno.it

ScuolaInfanziaGilardi@pec.it

Sito web: www.chiesediinveruno.it

Codice Fiscale: 93003170151 P.Iva 08678140156

RECAPITI EMERGENZA

Madre	_____	Tel.	_____
Padre	_____	Tel.	_____
Medico Prescrittore Dr.	_____	Tel.	_____