

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI
IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
I.C. "P.zza De Cupis"
TEL 062280672 FAX 0622773406
MAIL rmic8e0001@istruzione.it
00155 Roma
ASL Roma B:

Dirigente Medico dr. Mario Borruto

Referente Percorso Assistenziale Integrato a Scuola

U.O.S. Medicina Preventiva età evolutiva IV D

Viale B.Rizzieri, 226 Roma

FAX 0641434092 mail : mario.borruto@aslromab.it

I sottoscritti _____ e _____
genitori di _____ frequentante la classe _____ sez. _____
della scuola _____ di _____

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze, né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informati sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate

CHIEDONO

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco al proprio/a figlio/a alle ore
oppure
- che al proprio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da piano individuale del medico curante. Consegnano tale farmaco agli operatori scolastici.
- oppure

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a provvede autonomamente alla somministrazione dei farmaci.

La famiglia si impegna, qualora intervengano cambiamenti terapeutici, a comunicarli immediatamente per iscritto alla scuola. In mancanza di tale documentazione si riterrà valida quella depositata.

Acconsentiamo al trattamento dei dati personale e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Roma, _____

Firma di entrambi i genitori
