

**Richiesta di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Noi sottoscritti (Cognome e Nome) _____

(Cognome e Nome) _____

genitori/tutori dello studente (Cognome e Nome) _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ tel _____

studente/studentessa che frequenta la classe _____ sez _____ della scuola

_____ a _____

CHIEDIAMO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a nostro/a figlio/a

oppure:

di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati a effettuare la somministrazione del/i seguente/i farmaco/i come da certificazione allegata, di cui autorizziamo formalmente fin d'ora l'intervento esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che detto personale non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato a questo tipo di prestazione

(nome commerciale) _____

Consegniamo n _____ confezioni integre.

Data _____

In fede

Firma di entrambi i genitori/esercanti la responsabilità genitoriale o chi ne fa le veci

In caso di firma di un unico genitore la richiesta si considera come espressione della volontà di entrambi i genitori/esercanti la responsabilità genitoriale in virtù di quanto previsto dal Codice Civile (artt. 316, 337 ter e 337 quater) che stabilisce che la responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori/esercanti la responsabilità genitoriale e che le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute ed alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. A tal fine, il genitore/esercante la responsabilità genitoriale che inoltra la richiesta dichiara di aver effettuato tali scelte in osservanza delle suddette disposizioni del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

I dati personali saranno trattati nel rispetto delle norme di legge di cui al GDPR in materia di protezione dei dati personali (art 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016).

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale _____