Allegato 2B

Al Dirigente Scolastico
Istituto Tecnico Agrario A. TOSI
Codogno

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA
per studenti maggiorenni

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a .....il ..... , residente a .....

via .....frequentante la classe ..... dell' Istituto Tecnico Agrario A. TOSI di Codogno (LO) nell'anno scolastico ....., affetto da .....

.....

vista l'assoluta necessità di somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal Dott. .....

CHIEDE

(Barrare la voce che interessa)

- ☐ che i farmaci indicati dal medico di famiglia o specialista operante nel SSN **(All.1)** mi siano somministrati dal personale della scuola.
  Autorizzo contestualmente ii personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

- ☐ di poter assumere i farmaci indicati dal medico di famiglia o specialista operante nel SSN (All.1) in ambito scolastico
  - La vigilanza personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Consegno n. ..... confezioni integre del farmaco denominato .....
Lotto ..... scadenza ..... e la relativa prescrizione medica. **(All. 1)**
Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore cha esercita la potestà genitoriale.

Luogo e data Firma studente

..... _____

RECAPITO Medico curante cell .....

NOTE

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio dal nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione Integra verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata dalla terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.