



ISTITUTO TECNICO "SAFFI/ALBERTI" - FORLÌ

Indirizzi di studio: Sistema Moda Costruzioni Ambiente Territorio Chimica materiali/ Biotecnologie Sanitarie-Ambientali
via Turati n. 5-47121 Forlì Tel. 0543-67370 e-mail:fote020004@istruzione.it Pec:fote020004@pec.istruzione.it sito:www.saffi-alberti.edu.it

RICHIEDA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti _____
genitori/tutori di _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ dell'Istituto Tecnico "Saffi/Alberti" sito a Forlì in Via Turati n. 5
Essendo il/la minore affetto/a da _____
e constatata l'assoluta necessità, chiedono che **al minore sia somministrata**, al bisogno, in ambito
ed orario scolastico, la terapia farmacologica, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in
data ____ / ____ / ____ dal dott. _____

- sia somministrato a mio/a figlio/a dal personale della scuola**
consapevoli che, in caso di necessità, l'operazione può essere svolta da personale non sanitario ma
formato, sollevando lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento
oppure, in alternativa
- mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la
supervisione del personale scolastico**

Si rendono noti di seguito i numeri telefonici di riferimento in caso di necessità:

Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____

Genitori/Tutori: _____ tel. _____

_____ tel. _____

- il farmaco sarà consegnato alla scuola**
oppure, in alternativa
- il farmaco sarà gestito direttamente dal figlio/a**
In tal caso la famiglia si assume la totale responsabilità qualora il farmaco venga smarrito o
dimenticato o danneggiato, impedendo quindi la somministrazione in situazioni di bisogno e
sollevando la scuola e il personale da ogni responsabilità civile e penale

Ci si impegna inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o
della modalità di somministrazione farmaco.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.LGS. 196/03
e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla
presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Forlì, ____ / ____ / ____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà



ISTITUTO TECNICO “SAFFI/ALBERTI” - FORLÌ

Indirizzi di studio: Sistema Moda Costruzioni Ambiente Territorio Chimica materiali/ Biotecnologie Sanitarie-Ambientali
via Turati n. 5-47121 Forlì Tel. 0543-67370 e-mail:fote020004@istruzione.it Pec:fote020004@pec.istruzione.it sito:www.saffi-alberti.edu.it

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla fine dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio di Istituto deve essere ripresentata
- I genitori/tutori devono comunicare se i farmaci prescritti devono essere gestiti direttamente dal/la proprio/a figlio/a o consegnati alla scuola integri, verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia, limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente