

**Allegato 5 - RICHIESTA DEI GENITORI DI ACCESSO A SCUOLA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

*(da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico)*

Al Dirigente Scolastico  
dell'I. C. "Giacinto Romano" di EBOLI

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i/tutore/i dell'alunno \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ (specificare Infanzia, Primaria,  
Secondaria di I Grado)

- premesso che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, in quanto la prescrizione medica non richiede alcuna discrezionalità da parte di chi la esegue;
- considerata l'assoluta necessità di garantire la somministrazione in ambito ed orario scolastico;

**CHIEDE/CHIEDONO**

alla S. V. l'accesso ai locali scolastici per la somministrazione diretta da parte dello/gli scrivente/i di farmaci in ambito ed orario scolastico, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr/  
Dott.ssa \_\_\_\_\_

La somministrazione sarà effettuata:

- da uno dei genitori sottoscritti: \_\_\_\_\_ (indicare il nominativo)
- da persona delegata: \_\_\_\_\_ (allegare delega)

Gli scriventi acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e Regolamento UE 679/2016 limitatamente a quanto necessario per le procedure di cui alla presente richiesta.

Numeri di telefono utili: \_\_\_\_\_ (GENITORI) \_\_\_\_\_ (MEDICO CURANTE/PEDIATRA)

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_