**DOMANDA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

AL COORDINATORE SCOLASTICO

DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA

“SANT’ANNA” - TORINO

Il /i sottoscritto/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/i - tutore/i dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell'anno scolastico 2022-2023

Telefono fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono in caso di urgenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno

**RICHIEDE**

* **La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d’azione rilasciata dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario;
* **l’autorizzazione all’accesso ai locali scolastici durante l’orario scolastico a:**
  + genitori
  + tutori
  + Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per somministrare il farmaco secondo gli orari specificati nella certificazione medica;

**Si allega la prescrizione/certificazione medica.**

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Torino, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_