



# RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI



M 8.5 RASF  
Rev 2  
del 25.03.2022

Io

sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Frequentante la Classe \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ qualora se ne

ravvisi la necessità, in base alla prescrizione medica allegata

CHIEDO

la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica, in via continuativa o al bisogno, come da prescrizione medica allegata.

AUTORIZZO

contestualmente, il personale scolastico identificato dalla Coordinatrice Didattica/Preside alla somministrazione del farmaco, in via continuativa o al bisogno e, limitatamente alla fase che precede e segue la somministrazione, sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile, derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla allegata prescrizione medica, rilasciata in data ..... dal Dr. ...., allegata alla presente.

Q	DESCRIZIONE PRODOTTO/ATTREZZATURA	DATA CONSEGNA	LUOGO DI CUSTODIA

Eventuali segnalazioni/istruzioni sull' utilizzo:

.....  
.....

Data \_\_\_\_\_

firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_

firma Coordinatore Didattico \_\_\_\_\_



Ricevo dal/la sig./ra ..... Genitore/Tutore dell'alunno/a.....

Scuola ..... Classe .....



# RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI



M 8.5 RASF  
Rev 2  
del 25.03.2022

Richiesta di somministrazione farmaci

Data.....

Firma .....

Continua nella pagina seguente→

## INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (PRIVACY)

Si informa che i dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno raccolti in apposita banca dati esclusivamente ai fini della presente istanza e per l'eventuale invio di materiale informativo. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di sistemi informatici. Sono utilizzati i sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Tutte le informazioni sul titolare del trattamento e sui diritti dell'interessato sono reperibili nel Modulo di iscrizione e sul sito web dell'Istituto.

## Riconsegna

Q	DESCRIZIONE PRODOTTO/ATTREZZATURA	DATA RICONSEGNA	EVENTUALI SEGNALAZIONI ALLA RICONSEGNA

Data.....

Firma del genitore.....



**RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE  
SOMMINISTRAZIONE FARMACI**



M 8.5 RASF  
Rev 2  
del 25.03.2022