

	Amministrazione destinataria Comune di Sesto San Giovanni	
	Ufficio destinatario Ufficio pubblica istruzione	

Domanda di somministrazione di farmaci

Il/la sottoscritto/a										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
Ruolo										
☐ padre			☐ madre			☐ tutore legale				

CHIEDE

la somministrazione in ambito educativo della terapia prescritta dal medico/pediatra di famiglia o da medico specialista o struttura ospedaliera in data

Medico/pediatra di famiglia/medico specialista/struttura ospedaliera
Telefono del medico prescrittore

al minore				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Frequentante il seguente asilo nido				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ che la validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo educativo in caso di terapia continuativa
- ☒ di consegnare al responsabile del servizio educativo frequentato i farmaci prescritti e integri verificandone la scadenza e lasciandoli in custodia al nido per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno educativo
- ☒ di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e di verificarne periodicamente la scadenza
- ☒ di aver informato anche l'altro genitore su quanto dichiarato e di avere ottenuto pieno consenso (qualora riferita a responsabilità genitoriale condivisa)

S'IMPEGNA INOLTRE

a ripresentare la richiesta quando il bambino cambierà sede

AUTORIZZA

il personale educativo identificato dal responsabile dei servizi educativi e per infanzia alla somministrazione del farmaco, sollevando lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☒	copia della prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione al nido della terapia prescritta, recante posologia, orario, modalità e diagnosi
☒	copia della certificazione dello stato di malattia
☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Sesto San Giovanni		
Luogo	Data	Il dichiarante