

**Oggetto: Protocollo per la somministrazione di farmaci a minori nei contesti extra-familiari, educativi o scolastici, nella Provincia di Modena - Richiesta.**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

genitore/affidatario del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la sezione \_\_\_\_\_ del Nido d'Infanzia \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

- di accedere alla sede educativa per somministrare il farmaco a mio figlio
- che il/la sig/ra \_\_\_\_\_ da me delegato/a possa accedere alla sede educativa per somministrare il farmaco al minore

**OPPURE**

consapevole che il personale educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci a minori

**CHIEDO**

- la somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico da parte del personale
- incarico il personale di custodire il farmaco

**come da allegata certificazione medica rilasciata il \_\_\_\_\_ dal Pediatra \_\_\_\_\_**

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE/2016/679. Autorizzo gli operatori della struttura alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica allegata. Il farmaco sarà fornito dal sottoscritto garantendone la sostituzione prima dell'esaurimento. Qualora dovessero intervenire modificazioni prescrittive mi impegno a presentare certificazione aggiornata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici utili:**

**Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_**