



## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE IL CENTRO ESTIVO**

All'Ufficio Servizi Scolastici e CAG

[ufficioscuola@comune.paderno-dugnano.mi.it](mailto:ufficioscuola@comune.paderno-dugnano.mi.it)

☐ Centro Estivo Infanzia

☐ Centro Estivo Primaria/Secondaria I grado

Io sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno/a

nato a  il  /  /  Codice Fiscale

frequentante il Centro Estivo 2026      infanzia ☐      primaria/secondaria ☐

SEDE

### **CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante

nel SNN) nell'allegata prescrizione redatta in data  /  /

☐ **sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale del Centro Estivo**

Autorizzo contestualmente gli operatori del Centro Estivo alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno, inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

☐ **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica con la supervisione del personale del Centro Estivo**

**Firma**

Data

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/3, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime d'urgenza.

**Firma**

Data

○ Medico Prescrittore: Dr.  tel

○ Genitori:      Madre cell.:       Padre cell.:

**Note – vedi retro**



## NOTE

- La richiesta va consegnata a mano al coordinatore della sede di Centro Estivo, oppure, tramite mail al seguente indirizzo [ufficioscuola@comune.paderno-dugnano.mi.it](mailto:ufficioscuola@comune.paderno-dugnano.mi.it).
- La validità corrisponde al trattamento e/o alla durata del Centro Estivo in caso di terapia continuativa
- I farmaci prescritti devono essere consegnati presso la sede integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia al Centro Estivo per tutta la durata della terapia o fino alla fine del servizio.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.
- La certificazione – piano terapeutico redatta dal medico che ha in cura il/la minore (*Pediatra o Medico di famiglia o specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale*) deve riportare le seguenti informazioni:
  1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
  2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
  3. Nome, Cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
  4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario di Centro Estivo
    - Principio attivo
    - Nome commerciale
    - Forma farmaceutica
    - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
    - Dosaggio e orario
    - Modalità di conservazione
    - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
    - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco