

mod. A

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Casier (TV)

OGGETTO: richiesta di somministrazione di farmaci

I sottoscritti
genitori/responsabili genitoriali dell'alunno/a
nato/a a il
residente a in via..... n.....
frequentante la classe della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, plesso
scolastico
affetto dalla seguente patologia
constatata l'assoluta necessità, **chiedono di provvedere e contestualmente autorizzano** codesta
Istituzione scolastica alla somministrazione all'alunno/a in ambito e orario scolastico dei farmaci
indicati secondo le modalità stabilite nell'allegata prescrizione medica, rilasciata in data
..... dal dott./dott.ssa.....

Come da dichiarazione medica, la somministrazione dei suddetti farmaci è eseguibile anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dalla prescrizione medica e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci, purché effettuata in ottemperanza alla prescrizione medica.

I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione, così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo di Casier dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di Casier dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o

senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del D.Lgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico dott.ssa Stefania Nociti.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03.

Si allega alla presente la prescrizione medica rilasciata in data
dal dott./dott.ssa.....

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori/responsabili genitoriali
cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/Medico di Medicina Generale
cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento
..... tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....