

mod. D

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

OGGETTO: richiesta di autosomministrazione di farmaci

I sottoscritti
genitori/responsabili genitoriali di
nato/a a il
residente a in via..... n.....
frequentante la classe della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, plesso
scolastico, essendo il minore affetto dalla seguente
patologia,
constatata l'assoluta necessità, con la presente

CHIEDONO

la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia
farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata prescrizione medica,
rilasciata in data dal dott./dott.ssa.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo
stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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 autosomministrato.

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 dell'autosomministrazione, così come ogni
variazione delle necessità di autosomministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per l'autosomministrazione 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

.....

.....