

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____ nato/a a
_____ il _____ iscritto/a alla classe _____ sez.
_____ del plesso _____ di codesto Istituto per l'a.s. _____

DICHIARANO

che il proprio figlio/a _____

è affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

che venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data _____ dal dott. _____

AUTORIZZANO

- il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco e, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso personale e la scuola da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore. Contestualmente alla somministrazione autorizzano a contattare la famiglia e a chiamare il 118.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

_____ il _____
(luogo) (data)

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Medico curante _____

Genitori _____

Note

- La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
- La richiesta andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
- Essa ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.