

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti _____ e _____
Genitori dell'alunno/a _____ frequentante la scuola _____ classe/sezione _____

DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a è affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- che venga somministrato allo stesso/a dal personale della scuola il/i farmaco/i _____
- l'autosomministrazione del farmaco da parte dello studente
- in caso di urgenza dovuta a _____
ed in presenza della seguente sintomatologia _____
- con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione _____
- quotidianamente, con il seguente dosaggio e modalità di somministrazione _____
come prescritto nell'autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____
ed allegata alla presente

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa

COMUNICANO

I seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso d'urgenza:

1° numero _____

2° numero _____

3° numero _____

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679.

ALLEGANO

- certificato medico dell'alunno attestante la patologia per la quale si presenta la richiesta;
- autorizzazione medica di somministrazione del farmaco da parte del personale della scuola, con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e di conservazione;
- dichiarazione del medico curante che per la somministrazione del farmaco non è richiesta la presenza di un operatore sanitario.

Firma dei genitori o chi ne fa le veci

padre, _____

Data, _____

madre, _____