

All.A richiesta somministrazione farmaco a scuola per terapia

Al Dirigente scolastico
I.C. Santa Chiara
Enna

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dell'alunno/a:

Affetto/a dalla seguente patologia:

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALL'ALUNNO IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data _____ dal dott. _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI

NO

Il _____

Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____