

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico UNITAMENTE alla prescrizione del medico curante).

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Ariano nel Polesine e Corbola

I Sottoscritti _____ (genitore1) _____ (genitore 2)

genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via _____

frequentante la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di I grado _____

classe _____ sez. _____ di cosdesto Istituto Comprensivo di Ariano nel Polesine e Corbola

CONSTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO A CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA CHE IL PROPRIO FIGLIO/A SI AUTSOMMINISTRI, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO E SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA RILASCIATA IN DATA _____

DAL DOTT. _____ CHE SI ALLEGA ALLA PRESENTE,

I FARMACI INDICATI CON LA SORVEGLIANZA DEL PERSONALE DELLA SCUOLA.

I SOTTOSCRITTI

SONO CONSAPEVOLI CHE

il personale scolastico che sorveglierà l'autosomministrazione del farmaco non ha competenze sanitarie e lo sollevano da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla autosomministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196 del 30/06/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allegano: il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di autosomministrazione.

Luogo e data.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....(genitore 1) (genitore 2)

In caso di firma di un solo genitore:

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore/esercitante la responsabilità genitoriale.....

Allegare fotocopia documento di riconoscimento

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero (genitore1)_____ lavoro_____

2° numero (genitore 2)_____ lavoro_____

Pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Cell. _____ ambulatorio_____

Note: La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico, ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Constata l'assoluta necessità si autorizza la autosomministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico. La presente autorizzazione è valida per l'a.s. in corso.

Luogo e Data,

Timbro e firma del
DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Antonella Flori