

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO

(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 codesto Istituto Comprensivo di Ariano nel Polesine e Corbola

CONSTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA RILASCIATA IN DATA _____ DAL DOTT. _____ CHE SI ALLEGA ALLA PRESENTE.

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

I SOTTOSCRITTI AUTORIZZANO

il personale scolastico, identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196 del 30/06/2003e 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 indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

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/autorizzazione 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 somministrazione 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