RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente_____

nato a _____il ___/___/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ di Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria I Grado sita a_____

in Via _____essendo lo studente affetto da_____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/l dal medico curante (medico o pediatra dl famiglia o specialista operante nel SSN)Dr._____ nell'allegata prescrizione redatta in data _____ sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola.

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/l farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili.

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. tel.

  _____ _____

- Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

  _____ _____

Firma

Data

_____ _____

Consento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Filma

Data_____

_____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono, essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente