

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER TERAPIA CONTINUATIVA

(redatta dai genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

I sottoscritti

Genitori di

Nato a il

Residente a in via

Frequentante la classe della Scuola

Essendo il minore affetto da

.....

.....

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata certificazione

medica rilasciata in data dal Dott./Centro di riferimento

.....

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

- da parte del familiare..... per cui si richiede l'accesso alla scuola;
- eventualmente da parte di personale non sanitario se disponibile;
- da parte del figlio/a minorenne, in regime di autosomministrazione, come attestato nella prescrizione/certificazione del medico curante.

Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tali farmaci.

Premesso che i dati del minore sono trattati dall'Istituzione scolastica e dall'Azienda U.S.L. al solo fine di consentire la somministrazione di farmaci secondo quanto dispongono le norme di legge vigenti, e nello stretto limite indispensabile a permettere di adempiere agli obblighi previsti dal protocollo.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

Sì No

Data

Firma dei genitori o chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori

Centro di riferimento

Pediatra di libera scelta/Medico curante