

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico

**Al Dirigente Scolastico
I.C. "Minerbi" di Mogliano Veneto**

Il/la sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
in via _____
frequentante l'Istituto _____ plesso _____
classe _____ sez. _____

DICHIARA

Che il proprio figlio/a _____
è affetto/a da _____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato medico rilasciato
in data _____ dal Dott. _____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente Scolastico a effettuare la somministrazione del
farmaco, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla
somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, non
essendo richieste nella somministrazione il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di
discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Allega, a tal fine, 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.

SI IMPEGNA

- a fornire il farmaco da conservare presso il plesso che frequenta il/la propria figlio/a;
- a sostituirlo in prossimità della scadenza;
- a fornire la borsa termica se il farmaco dovesse prevedere, negli spostamenti (uscite didattiche e attività motorie), di condizioni particolari di conservazione;

- a segnalare ogni variazione dovesse essere necessaria in merito alla somministrazione;
- a essere sempre reperibile e nel caso fosse necessario, a recarsi tempestivamente a scuola.

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Data _____

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale

Allegare fotocopia documento di riconoscimento del genitore

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero _____

2° numero _____

Recapito telefonico del medico per richiedere eventuali delucidazioni in merito alla somministrazione del
farmaco

numero _____