

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

Allegato A

RICHIEDA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA O INDISPENSABILI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare in Segreteria Scolastica. Copia protocollata da inviare e conservare nel plesso, insieme al farmaco e in apposito raccoglitore documentazione farmaci salvavita)

I sottoscritti

genitori di nato a il

residente a in via frequentante la classe della Scuola

sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci.

Si allega al presente modulo, prescrizione medica rilasciata in data dal dott.

(scegliere una delle due opzioni seguenti)

- ☐ Chiedono che la somministrazione farmaci, venga eseguita da personale scolastico non sanitario, pertanto sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- ☐ Chiedono l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico, ai genitori stessi dell'alunno o a loro delegati: Sig/ra..... per la citata somministrazione dei farmaci (art. 4 cit.).

- Consegnano all'insegnante coordinatrice di classe Sig./ra.....

il flacone nuovo e integro del medicinale.

- Provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato o scaduto.

- Comunicheranno immediatamente alla Segreteria, ogni eventuale variazione di trattamento farmacologico.

- Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

-Ritireranno il farmaco al termine dell'anno scolastico, riconsegnato dall'insegnante coordinatore di classe o da un addetto al primo soccorso del plesso, apponendo firma di ricevuta al presente modulo.

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà:

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante: nome tel:.....

cell dei genitori :

FIRMA DEL GENITORE CHE RITIRA IL FARMACO AL TERMINE DELL'ANNO SCOLASTICO:

DATA:

FIRMA: