

INFORMATIVA SANITARIA SCOLASTICA

Anno scolastico: _____

Classe/Sezione: _____

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

INFORMAZIONI SANITARIE

Descrizione della patologia/condizione sanitaria:

Eventuali accorgimenti suggeriti agli operatori scolastici o terapia farmacologica che l'alunno/a deve seguire:

Modalità di somministrazione del farmaco

☐ L'alunno/a non necessita di farmaci.

☐ L'alunno è autonomo nella somministrazione del farmaco che è custodito nel suo zaino, la cui responsabilità in merito alla conservazione e custodia è dello studente.

 **Si allega obbligatoriamente il certificato medico che prescrive la terapia o indica la condizione di salute.**

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI/TUTORI

I sottoscritti _____ e _____

genitori/tutori dell'alunno/a sopraindicato/a,

☒ chiedono che il personale scolastico venga messo a conoscenza delle informazioni sanitarie sopra riportate, al fine di garantire la sicurezza e il benessere del/la proprio/a figlio/a durante l'orario scolastico.

☒ autorizzano il personale scolastico alla gestione delle suddette informazioni e, in caso di necessità, alla collaborazione con i sanitari di riferimento, secondo le disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy e della salute.

Firma Genitore/Tutore 1

Firma Genitore/Tutore 2

VALIDAZIONE DELLA DIRIGENZA SCOLASTICA