

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

per cui prende il farmaco (nome commerciale) \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità dello stesso rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal Dott.

\_\_\_\_\_

avendo inoltrato nello scorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico; considerato che nel corrente A.S. il/ la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco - terapia non è mutata,

**chiedono**

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'A.S. \_\_\_\_\_

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

## Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto \_Comprensivo "C. Casteller" di Paese (TV) dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo "C. Casteller" di Paese (TV) dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. Alessandro Pettenà dell'Istituto l'Istituto \_Comprensivo "C. Casteller" di Paese (TV).

I sottoscritti 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).

Firma di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\*NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia documento di riconoscimento di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale.

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 \_\_\_\_\_