allegato 3

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI UGGIATE TREVANO

I sottoscritti.....

genitori di..... nato a ..... il.....

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. ….....

CHIEDONO

Opzione 1

di poter accedere ai locali della scuola nei seguenti giorni ed orari:

giorno:	orario:

Opzione 2

ovvero incaricano i seguenti signori alla somministrazione del farmaco:

nome e cognome	qualifica

(n.b. nel caso in cui non siano i genitori a somministrare il farmaco è necessario allegare fotocopia del documento d'identità dell'incaricato)

per poter somministrare il farmaco al/alla proprio/a figlio/a.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR) (i dati particolari sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Opzione 3

I sottoscritti dichiarano di essere impossibilitati a recarsi presso il plesso scolastico per la somministrazione del farmaco al/alla proprio/a figlio/a e di non disporre di persona a cui affidare l'incarico.

Pertanto chiedono la disponibilità al personale scolastico e si impegnano a fornire allo stesso supporto di carattere procedurale e informativo necessario alla somministrazione sollevando lo stesso da qualsiasi responsabilità dovuta a mancata informazione/addestramento.

Si ricorda che solo nel caso di interventi "salvavita" il personale è tenuto ad intervenire, in tutti gli altri casi la presente richiesta dovrà essere sottoscritta per accettazione dal personale.

, ...

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....