allegato 4

RICHIESTA PER INTERVENTI DI AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare Responsabili dei plessi ed indirizzata al Dirigente Scolastico)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI UGGIATE TREVANO

I sottoscritti_____

genitori di _____frequentante la classe _____

essendo il minore affetto da_____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in

data_____ dal Dr._____

completa di descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono l'assunzione urgente del farmaco e della descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto, nonché del nome commerciale del farmaco, dose, modalità di conservazione, effetti collaterali.

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a per età, esperienza, addestramento è in grado di provvedere all'auto somministrazione del farmaco

SOLLEVA

Tutto il personale della scuola da ogni responsabilità relativa all'auto somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

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

.....

.....