

All.1

Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo "A. Testore"
Santa Maria Maggiore

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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 possibilità:

☐ che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola

☐ di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica e/o il farmaco salvavita

☐ di autorizzare i/le Sig.

.....

da noi delegati/e a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica e/o il farmaco salvavita

come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....dal dott.

.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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)

☐ SI

☐ NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

☐ Pediatra di libera scelta/medico curante.....

☐ Genitori.....

☐ Persone autorizzate (nome/cell)

.....

.....

.....