Allegato 1

Al Dirigente Scolastico

dell’I.I.S. “L.Nostro-L.Repaci”

Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a ……………………………………………………………in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di

(Cognome)…………………………………………(Nome)……..………………………………

nato/a il……………………e frequentante l’I.I.S. “L.Nostro-L.Repaci” classe……… sez……..,

constatata l’assoluta necessità,

chiede

* la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica, rilasciata in data ………………….dal Dr ……………………………
* l’eventuale intervento dei servizi di emergenza (118 ed altri).

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento, sollevandone responsabilità civili e penali, derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Alla presente si allega certificazione medica attestante la diagnosi e la terapia pertinenti.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI □ NO □

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

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

Numeri di telefono utili:

* Medico curante
* Genitori