

Allegato 1 - AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

Al Dirigente Scolastico dell'I. C. "Giacinto Romano"
di Eboli (SA)

I sottoscritti

GENITORE 1

GENITORE 2

dell'alunno/a

iscritto/a alla scuola

Infanzia sez.....

Primaria..... classe..... sez.....

Secondaria I grado classe..... sez.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a..... è affetto da

.....

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a.....

e che si manifesta con la seguente sintomatologia:

.....

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allegano a tal fine il certificato medico che:

1. attesta le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
2. prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco
3. dichiara (come) che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

Consegnano:

- Il farmaco per trattamento d'urgenza;
- Altro:

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e Regolamento UE 679/2016 all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data

Firma dei genitori

.....

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. Cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

N.B. LA RICHIESTA HA VALIDITÀ PER UN ANNO SCOLASTICO E VA RINNOVATA AD INIZIO ANNO E, SE NECESSARIO, IN CORSO DELLO STESSO ANNO. I FARMACI PRESCRITTI VANNO CONSEGNATI IN CONFEZIONE INTEGRA E TRATTENUTI DALLA SCUOLA PER TUTTA LA DURATA DELLE TERAPIA.