

Allegato 5 - RICHIESTA DEI GENITORI DI ACCESSO A SCUOLA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. "Giacinto Romano" di EBOLI

Il/I sottoscritto/i _____
genitore/i/tutore/i dell'alunno _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____ (specificare Infanzia, Primaria,
Secondaria di I Grado)

- premesso che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, in quanto la prescrizione medica non richiede alcuna discrezionalità da parte di chi la esegue;
- considerata l'assoluta necessità di garantire la somministrazione in ambito ed orario scolastico;

CHIEDE/CHIEDONO

alla S. V. l'accesso ai locali scolastici per la somministrazione diretta da parte dello/gli scrivente/i di farmaci in ambito ed orario scolastico, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dr/
Dott.ssa _____

La somministrazione sarà effettuata:

- da uno dei genitori sottoscritti: _____ (indicare il nominativo)
- da persona delegata: _____ (allegare delega)

Gli scriventi acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e Regolamento UE 679/2016 limitatamente a quanto necessario per le procedure di cui alla presente richiesta.

Numeri di telefono utili: _____ (GENITORI) _____ (MEDICO CURANTE/PEDIATRA)

Data _____

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale: _____
