



ISTITUTO COMPRENSIVO DI RUDIANO

25030 Rudiano - Via de Gasperi, n. 41 - TEL. 0307069017

C.F. 82002390175 - C.M. BSIC86100R

email: bsic86100r@istruzione.it bsic86100r@pec.istruzione.it - internet: www.icrudiano.edu.it

codice univoco ufficio : UFJLBE



Scuole primarie e secondarie di primo grado di Rudiano, Roccafranca e Urago d'Oglio

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - lo sottoscritto/a _____

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____

nato a _____ il ___/___/___ CF _____

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)

Dr. _____ nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/___

sia/no somministrato/ i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie.

Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma

Data _____

Accenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data _____
