



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 Urigo d'Oglio

Allegato 1

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

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

Noi sottoscritti - lo sottoscritto/a _____

In qualità di ☐ genitori/e ☐ chi esercita la responsabilità genitoriale 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

oppure

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

DICHIARANO/DICHIARO DI

- Essere consapevoli/e che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- Autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco o ad assistere l'alunno secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

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

• Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____

• Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma

Data _____

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa disponibile sui siti istituzionali di ciascuna delle Parti Titolari autonome coinvolte nel presente Protocollo, ciascuna per quanto di propria competenza e in relazione alle specifiche finalità perseguite. Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate nell'ambito del presente Protocollo, secondo quanto previsto dalle rispettive informative pubblicate dalle Parti Titolari

Firma

Data _____
