

ISTITUTO COMPRENSIVO 3 "Vincenzo Scamozzi"

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo 3 "Scamozzi"
VICENZA

I sottoscritti _____ e _____ genitori
dell'alunno/a _____ che frequenta la scuola _____
classe ____ sezione _____

DICHIARANO

che il proprio figlio/a _____ è affetto da

CHIEDONO

in caso d'urgenza dovuta a _____ e che si
manifesta con la seguente sintomatologia _____

l'autosomministrazione da parte dell'alunno/a del farmaco _____
come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la sorveglianza durante l'operazione di cui sopra.

Allegano a tal fine:

- il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente;
- la prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di autosomministrazione del farmaco;

Consegnano:

- il farmaco per trattamento d'urgenza;

ACCONSENTO

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

SI NO

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____ 2° NUMERO _____

Data _____

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

In caso di firma di un solo genitore

Il sottoscritto genitore dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che

- l'altro genitore condivide le finalità del presente documento
- di essere genitore unico

FIRMA _____

VISTO: Il Dirigente Scolastico