

ISTITUTO COMPRENSIVO 3 "Vincenzo Scamozzi"

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo 3 "Scamozzi"
VICENZA

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a
_____ nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____
è affetto/a da _____
e **constatata l'assoluta necessità**

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data _____ dal dott. _____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

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