

ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei Genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"Enrico Fermi"

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

DICHIARA

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

CHIEDE

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

AUTORIZZA

Il personale scolastico (docente e non docente) ad effettuare la somministrazione del farmaco, secondo le precise indicazioni riguardanti posologia, tempi e modalità di somministrazione, indicate nella certificazione medica allegata alla presente.

Allega a tal fine:

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

ACCONSENTO

Al trattamento dei dati sensibili ai sensi del D. lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati da cui è possibile rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data _____

Firma dei genitori o dell'esercente potestà genitoriale

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° n. _____

2° n. _____

3° n. _____