

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Siano -
Bracigliano

OGGETTO: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza.

I sottoscritti..... e genitori
dell'alunno/a.....

iscritta alla scuola....., classe..... sez.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a..... è affetto da
.....

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a..... e che si manifesta con la
seguente sintomatologia:
(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

Come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio individuato dal Dirigente scolastico ad effettuare la somministrazione del farmaco

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa, da qualsiasi conseguenza
generata o indotta dal farmaco e/o alimento stesso.

Allega a tal fine:

- Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- Dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia
- Altro:.....

Consegna:

- Il farmaco per trattamento d'urgenza (sigillato e non in scadenza immediata)
- Altro:

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo n. 196/2003 (come modificato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), sono trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e degli eventuali procedimenti collegati (liquidazioni e pagamenti).

Data

.....

.....
Firma dei genitori (entrambi)