

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. 5
IOVINO SCOTELLARO

ERCOLANO

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti
genitori di

.....
nato a il

residente a

in via

frequentante la classe della Scuola

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità:

● che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola

● di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica

● di autorizzare il/la Sig., da noi delegato/a a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data. dal dott.

.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

● Pediatra di libera scelta/medico curante.....

● Genitori.....