

MODULO PER RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

(da utilizzare da parte delle famiglie interessate)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Superiore
'Sandro Pertini' - Genzano di Roma

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ /

frequentante nel corrente anno scolastico la classe _____ indirizzo _____

di codesto Istituto, nella sede di _____
(indicare se Genzano di Roma o Albano Laziale)

CHIEDO

che il farmaco indicato dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ____ / ____ / ____ /

sia somministrato a mio/a figlio/a da personale individuato dal Dirigente Scolastico.

Autorizzo contestualmente detto personale alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica nei locali dell'Istituto, senza necessità di coinvolgere il personale scolastico.

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i., esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____