

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "Principessa Maria Pia"
di Taranto

I Sottoscritti:

Genitore 1 _____ nato/a il _____
a _____ (Prov _____)

Genitore 1 _____ nato/a il _____
a _____ (Prov _____)

genitori dell'alunno/a _____
iscritto/a e frequentante per l'a.s. 20__/20__ la classe ____ sez. ____ indirizzo _____

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr./Dr.ssa _____.

Precisano che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario.

SOLLEVANO

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

AUTORIZZANO

- ☐ il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco;
- ☐ l'alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Taranto, _____

firme dei genitori

ALLEGARE COPIA DEI DOCUMENTI D'IDENTITA' DEI RICHIEDENTI E DOCUMENTAZIONE MEDICA

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Da compilare in caso di firma di un solo genitore

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell' alunno/a frequentante la classe ____ sez. ____ indirizzo _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Dichiara di aver preso visione della suddetta richiesta.

Taranto, _____

firma del genitore

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Da compilare in caso di firma di un solo genitore

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell' alunno/a frequentante la classe ____ sez. ____ indirizzo _____

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Dichiara di aver preso visione della suddetta richiesta.

Taranto, _____

firma del genitore
