

ALLEGATO N. 1- Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Ostellato

I sottoscritti (Cognome/Nome) e
..... genitori/tutori dell'alunno/a (Cognome
Nome) nato a prov.
il/...../..... residente a CAP prov. in via
..... n°..... recapito telefonico oppure
..... affetto da
che frequenta la classe sez. della scuola

consapevoli che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci ai frequentanti, informato/a sulle procedure attivate da Codeste Istituzioni e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario di funzionamento, secondo procedure predefinite e concordate

CHIEDIAMO (barrare la scelta)

- di accedere o che i Sigg..... possano accedere alla sede dell'Istituto alle ore per somministrare a nostro/a figlio/a il farmaco come da allegato 3.
- che a nostro/a figlio/a sia somministrato in orario di funzionamento dell'attività scolastica/educativa il farmaco come da allegato 3.
- che consegneremo il farmaco all'Istituzione in confezione integra e non scaduta.
- che nostro/a figlio/a possa auto-somministrarsi in orario di funzionamento il farmaco come da allegato 3.
- che in caso di necessità (Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco e dose del farmaco) possa essere somministrato a nostro/a figlio/a il farmaco come da allegato 3.

Dichiara infine, ai sensi del Decreto 30/06/2003 n.196 e relativa modifica del 04/11/2010 DL n.183 dell'art.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679" /informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali", di autorizzare l'Azienda USL di Ferrara al trattamento dei dati personali del minore in ambito sanitario, in particolare ai fini di prevenzione, nonché ai fini amministrativi-contabili e fiscali.

Data

In fede

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

.....