

Allegato A

Al Dirigente Scolastico
ICS MONTE AMIATA
VIA LAMBRO 92, 20089 ROZZANO

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti

Nome Cognome _____

Nome Cognome _____

Genitori/tutori dell'alunno _____ frequentante la classe _____, sez. _____

scuola dell'infanzia – plesso di via Piave

scuola dell'infanzia – plesso di via Foscolo/Ponte Sesto

scuola primaria- plesso di via Mincio

scuola primaria- plesso di via Foscolo/Ponte Sesto

scuola secondaria di primo grado "E. Curiel"

essendo il minore affetto dalla seguente patologia _____
e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____ ;

(oppure)

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____ ;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'istituto Comprensivo "Monte Amiata" di Rozzano dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art. 11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art 13 del DLgs. 196/03 comma 1 lettere da a)ad f). L'Istituto Comprensivo di dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. Da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico.

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 allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Rozzano, _____

Firma dei genitori/tutori/esercenti la responsabilità genitoriale*

* Qualora il presente documento venga firmata da un solo genitore, lo stesso, 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.316,337ter e337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefoni utili:

Genitori cell/abitazione: _____

Perdita di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) _____

Cell/studio _____

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di

Riferimento _____

Tel _____