RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (ALLEGATO 2B)

Al Dirigente Scolastico dell' Istituto Superiore

_____

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _/_/_____ / C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe ___ dell' Istituto_____nel Comune di_____

CHIEDO

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

D **mi sia/siano somministrato/i dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente ii personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somm1strazione de! farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilita 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 modalita di somministrazione de! farmaco.

oppure che, in altemativa,

D **io mi autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico.**

Firma

Data _____ _____

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

Firma

Data _____ _____

Medico Prescrittore: Dr. _____tel _____

Familiare di riferimento (specificare)

1. _____cell.: --------
2. _____ cell.: -------

Note - vedi retro

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validita corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente