

AII. C

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. PARISE"
ARZIGNANO (VI)

PROSECUZIONE SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare al D.S.)

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a nato/a.....

iscritto/a alla classe.....Sez. Plesso

- avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
- considerato che nel corrente A.S. il/la proprio/a figlio/a necessita, in caso di bisogno, della somministrazione del farmaco e/o la l'auto-somministrazione in quanto la terapia non è mutata

chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico.....

- A. 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.
- B. 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 questo non potrà essere somministrato.
- C. 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.
- D. 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.

E. I sottoscritti autorizzano il personale della scuola a 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 Statale "G. Parise" dichiara che il trattamento dei dati personali da voi 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 Statale "G. Parise" 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 voi potrete 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 pro-tempore, dott. Pier Paolo Frigotto.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell./abitazione.....

.....cell./abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

..... cell/studio.....

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

NB) Si allega alla presente apposita Certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....