RICHIESTA DI ACCESSO ALLA SCUOLA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Puccini 4 CD"

lI/I sottoscritto/i _____ _____

genitore/i/tutore/i dell'alunno _____

nato a_____ il_____residente a _____

in via_____frequentante la classe_____della

Scuola _____

- premesso che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, in quanto la prescrizione medica non richiede alcuna discrezionalità da parte di chi la esegue;
- considerata l'assoluta necessità di garantire la somministrazione in ambito ed orario scolastico;

CHIEDE/ONO

alla SV l'accesso ai locali scolastici per la somministrazione diretta da parte degli scriventi di farmaci in ambito ed orario scolastico, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dr/ Dott.ssa_____

La somministrazione sarà effettuata:

- da uno dei genitori sottoscritti _____
- da persona delegata (si allega delega): _____

Gli scriventi acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 limitatamente a quanto necessario per le procedure di cui alla presente richiesta.

Numeri di telefono utili: _____ _____
(GENITORI) (MEDICO CURANTE/PEDIATRA)

Data _____

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale:

_____

_____

La richiesta va consegnata alla segreteria didattica dell'IC Puccini 4CD. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.