

Alla Dirigente Scolastica  
dell'IC Puccini 4 Cd  
di Casoria

### PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ 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 somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti

#### CHIEDONO

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico \_\_\_\_\_

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 questo 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'IC Puccini 4CD 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'IC Puccini 4CD 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 pro-tempore, prof.ssa Fabiana Squillace

I sottoscritti, 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).

Data

I Genitori

---

---