ALLEGATO A
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE / AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Alla Dirigente Scolastica

dell'IIS Palazzolo Acreide

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di ☐ genitore ☐ esercente la responsabilità genitoriale ☐ Studente/Studentessa maggiorenne,

di _____, nato/a a _____ il ____/____/_____, frequentante la classe _____ indirizzo _____,

presa visione della procedura dell'Istituto e allegata la certificazione medica con Piano terapeutico,

CHIEDE

- ☐ la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico individuato dall'Istituto;
- ☐ l'assistenza del personale scolastico durante l'autosomministrazione;
- ☐ l'autorizzazione all'autosomministrazione autonoma in orario scolastico;
- ☐ l'accesso del genitore o di persona delegata per la somministrazione, previo accordo con l'Istituto.

Il/La richiedente si impegna a:

- consegnare il farmaco in confezione integra, in corso di validità e conforme al Piano terapeutico;
- provvedere al rifornimento e alla sostituzione del farmaco prima della scadenza;
- comunicare tempestivamente ogni modifica o sospensione della terapia mediante nuova documentazione medica;
- fornire recapiti telefonici aggiornati per le comunicazioni urgenti.

Recapito/i telefonico/i:

_____

Medico curante / Pediatra / Specialista:

_____

Recapito del medico, ove indicato:

_____

Il trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, avverrà esclusivamente per le finalità istituzionali connesse alla gestione della presente richiesta, secondo il Regolamento (UE) 2016/679, il D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e l'informativa privacy dell'Istituto.

Palazzolo Acreide, _____/_____/_____

Firma/e _____