

Modulo 1 – Richiesta dei genitori/del tutore per auto somministrazione farmaci.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta auto somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori
di _____, nato/a _____ il _____,
residente in via _____, città _____,
alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____,
per l'anno scolastico _____,

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica allegata.

Nome del farmaco _____

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

e **DICHIARANO**

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt___, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Modulo 2 – Richiesta dei genitori/del tutore per accesso a scuola per somministrazione farmaci.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta accesso a scuola per somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori
di _____, nato/a _____ il _____,
residente in via _____, città _____,
alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____,
per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

L'accesso ai locali scolastici degli/dello scriventi/e o di nostro delegato durante l'orario scolastico
per la somministrazione del seguente farmaco.

Nome del farmaco _____

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

e

DICHIARANO

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi
degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori,
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza
delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice
civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Modulo 3 – Richiesta dei genitori/del tutore per somministrazione di farmaci da parte di personale scolastico.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____, per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

Nome del farmaco _____

A tal fine

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

Il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

e DICHIARANO

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt_____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Modulo 4 – Certificazione sanitaria rilasciata dal MEDICO.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

Vista la richiesta dei genitori/del tutore, il/la minore _____,
nato/a _____ il _____, residente in via
_____, città _____,
in relazione alla seguente patologia _____, di cui soffre

NECESSITA

la somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

Regole di conservazione

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, durata della terapia)

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia,
indicare in modo dettagliato i sintomi

Nel caso il farmaco non risultasse efficace si deve

È da considerarsi un farmaco salvavita SI NO

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno SI NO

Data, _____

timbro e firma del MEDICO

Modulo 5 – Richiesta dei genitori/del tutore per la conservazione di farmaci a scuola.

Al Dirigente scolastico
dell'ICS Michele Purrello
San Gregorio di Catania

Oggetto: richiesta conservazione di farmaci a scuola.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori
di _____, nato/a _____ il _____,
residente in via _____, città _____,
alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, nel plesso _____,
per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

di conservare a scuola/nello zaino del/della minore il/i farmaco/i descritto nella allegata certificazione medica, in modo che possa essere prontamente disponibile, in caso di bisogno, per la somministrazione.

Dichiarano che sarà loro cura:

- controllare la scadenza del farmaco,
- fornirne una nuova confezione prima che sia esaurito,
- informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.
- di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

In fede.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

Il/la sottoscritt____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____