

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA
VIALE ITALIA 13 A – 16044 CICAGNA (GE)

Alla c.a.
Servizio di Medicina scolastica
ASL 4 Chiavarese
acarpi@asl4.liguria.it

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (all.1)

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno, da consegnare al Dirigente scolastico e da inoltrare al Servizio di Medicina scolastica)

I sottoscritti
.....

genitori di

nato a il

residente a.....

in via

frequentante la classe della scuola

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i:

.....
.....

come da allegato protocollo terapeutico, rilasciato in data

- dal medico curante Dr
- dal consulente specialista Dr

li,

firma dei genitori
.....

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona. I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevoli in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Li, firma dei genitori

VISTO, SI AUTORIZZA
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

MODULO PER LA DELEGA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (all.2)

(compilazione a cura dei genitori dell'alunno in accordo con il Dirigente scolastico)

Li, _____

Al Dirigente Scolastico
della Scuola _____

assistenza specifica all'alunno
delega alla somministrazione del / dei farmaco/i:

I sottoscritti:

_____ (padre)

_____ (madre)

_____ (tutore)

dell'alunno _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

delegano in loro assenza le seguenti persone individuate dal Dirigente scolastico a seguito di comunicazione interna:

- DOCENTI PRESENTI AL MOMENTO DELL'EVENTO
- PERSONALE NON DOCENTE PRESENTE AL MOMENTO DELL'EVENTO(in assenza del personale docente)

a somministrare al proprio figlio, secondo la prescrizione medica presentata, il/i farmaco/i richiesto/i.

In fede,

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona. I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevole in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Li,

firma dei genitori

VISTO, SI AUTORIZZA
IL DIRIGENTE SCOLASTICO