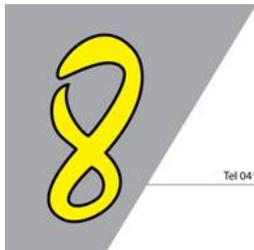


I.I.S. "8 MARZO - K. LORENZ"	Procedura somministrazione farmaci	SOM-FAR
		Rev. 3 del 29/12/23
		Pagina 1 di 2

Allegato 1




ISTITUTO D' ISTRUZIONE SUPERIORE
8 MARZO - K. LORENZ
 Via Matteotti, 42A/3 - 30035 Mirano - Venezia
 CF 90164450273

Tel 041430955 Fax 041434281 veis02800q@istruzione.it veis02800q@pec.istruzione.it www.8marzolorenz.gov.it



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti e

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a:

.....

affetto dalle seguenti patologie

.....

nato/a a Il

Residente a In Via

frequentante la classe nell'anno scolastico

di codesto Istituto

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA

in data dal dott.

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

I.I.S. "8 MARZO - K. LORENZ"	Procedura somministrazione farmaci	SOM-FAR
		Rev. 03 del 29/12/23
		Pagina 2 di 2

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in merito di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

(barrare la scelta):

SI NO

Luogo e data

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

.....
PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

.....
MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato,
Lotto scadenza e relativa prescrizione medica**

<p>Recapiti Telefonici Utili:</p> <p>Madre o Responsabile Genitoriale: Cell. Casa Lavoro</p> <p>Padre o Responsabile Genitoriale: Cell. Casa Lavoro</p> <p>Pediatra Di Libera Scelta/MMG/Specialista Cell. Ambulatorio</p>

NB:

- La richiesta ha validità per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
- I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola ad inizio anno e ritirati alla fine di ogni anno scolastico.