

**Spett.le Scuola “Il Ciliegio” S.a.s.
Via P. Margherita di Savoia, snc
80040 - San Sebastiano al Ves. (NA)**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell’alunno e da consegnare alla Direzione della Scuola)

I sottoscritti Padre:
 Madre:
 genitori / esercitanti la potestà genitoriale dell’alunno/a
 nato/a Prov. Il
 Frequentante la sezione: della Scuola **“IL CILIEGIO”**
 sita a **San Sebastiano al Vesuvio** Prov. **(NA)** in Via **Principessa Margherita di Savoia, snc**
 Residenti a Prov.
 in Via n.°
 essendo il minore affetto da:
 e constatata l’assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a alunno/a dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott.

Si autorizza fin d’ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale adulto non sanitario ed al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni specifiche né l’esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all’orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco), sollevando lo stesso da qualsiasi responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

SI NO

Si allega la prescrizione del Medico di Medicina Generale Pediatra di libera scelta

San Sebastiano al V., li

Firma dei genitori o esercitanti la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante
- Genitori/Esercenti la potestà genitoriale
-

Spett.le Scuola "Il Ciliegio" S.a.s.
 Via P. Margherita di Savoia, snc
 80040 - San Sebastiano al Ves. (NA)

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
 (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
 ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- ✓ Vista la richiesta dei genitori;
- ✓ Constatata l'assoluta necessità;
- ✓ Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all'orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco)

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ Residente a _____

in via _____ n° _____ Telefono _____

sez. _____ della Scuola **"IL CILIEGIO"** sita a **SAN SEBASTIANO AL VESUVIO**

in Via **Principessa Margherita di Savoia, snc**

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco:

Modalità di somministrazione:

Dose:

Orario: 1° dose 2° dose 3° dose 4° dose

Durata della terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco:

Note:

Comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti i sintomi:

Comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace:

....., lì

Timbro e firma del medico di Medicina Generale
 o Pediatra di libera scelta

Spett.le Scuola "Il Ciliegio" S.a.s.
Via P. Margherita di Savoia, snc
80040 - San Sebastiano al Ves. (NA)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
(REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 EX-ART. 13 D.LGS.196 DEL 30/06/2003)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili,

I sottoscritti:

Padre: Cognome Nome

Madre: Cognome Nome

In qualità di:

genitori soggetti che esercitano la potestà genitoriale

dell'alunno/a:

Cognome Nome

Nato/a a Prov. il

frequentante la sez.: della Scuola "Il Ciliegio"

- acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola,
- non acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica.

....., lì

Firma dei genitori

