

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC "Difesa Grande"
Di Termoli

Oggetto: richiesta somministrazioni farmaci.

I sottoscritti, _____
genitori del bambino _____ frequentante la CLASSE _____ del plesso PRIMARIA DI _____

essendo il minore affetto da _____
e comunicata l'assoluta necessità

CHIEDONO

Che venga somministrato allo stesso, in caso di urgenza, il farmaco come da allegata prescrizione medica
rilasciata in data _____ dal Dott. _____.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico
(docenti e collaboratori scolastici) e pertanto

CHIEDONO

che il Dirigente Scolastico individui tra il personale docente e non docente gli incaricati ad effettuare la
prestazione.

Consapevoli che il trattamento viene svolto da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo
sanitario

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente individuato ad effettuare la somministrazione del farmaco secondo la
prescrizione medica esonerando l'Istituzione Scolastica da ogni responsabilità per danni derivanti dalla
somministrazione stessa e da qualsiasi conseguenza generata o indotta.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.L.vo 196/03 e Regolamento 679/2016

COMUNICANO

che la famiglia è sempre disponibile e rintracciabile ai seguenti recapiti telefonici per comunicazioni e
necessità inerenti gli interventi richiesti.

Si impegnano altresì affinché un medico possa preliminarmente relazionare al personale della scuola sulle
modalità di intervento da attuare.

Telefoni: _____

Termoli, _____

Firma dei genitori

