

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (**Contiene dati sensibili**)

I sottoscritti _____ e _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato a _____
(_____) il _____, residente in _____ alla Via
_____ n. _____ frequentante la classe _____ dell'ISIS
"Federco II" di Capua, affetto dalla seguente patologia _____, constatata
l'assoluta necessità, con la presente

chiedono

che al/la proprio/a figlio/a **sia somministrato in orario scolastico**, da parte di personale non sanitario, **il farmaco salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento
_____ che il medico
stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato, redatto in data ____/____/____ dal
dott./dott.ssa _____.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico, *in attesa dell'intervento degli operatori sanitari*, sollevando il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco, purché effettuata in ottemperanza allo stesso Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente la Dirigente Scolastica, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a, rilevante ai fini della somministrazione, così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per i quali sarà necessario fornire apposita dichiarazione, firmata da entrambi i genitori.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Alla presente si allega apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Privacy policy

Con la presente clausola si comunica che il trattamento dei dati personali forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), si precisa che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti; che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che i genitori o chi detiene la patria potestà, potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico.

Li, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

