



ISTITUTO COMPRENSIVO MORTEGLIANO-CASTIONS DI STRADA

Via Leonardo da Vinci, 11 - 33050 MORTEGLIANO (UD)
Tel. 0432/761917 Fax 0432/760037 UDIC83900A - C.F. 80005260304
Scuola dell'Infanzia Mortegliano, Scuole primarie di Mortegliano, Castions di Strada e Lavariano
Scuole secondarie di 1° grado di Mortegliano e Castions di Strada
Indirizzo di posta elettronica icmorteglianocastions@gmail.com

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Mortegliano – Castions di Strada

I sottoscritti e esercenti la potestà genitoriale di
..... frequentante la classe/sezione della scuola
..... nell'anno scolastico Telefono fisso telefono cellulare
..... Telefono di vista la specifica patologia del
figlio/a,

richiedono
la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella
prescrizione/certificazione allegata.

A tal fine:

autorizzano

- Il personale educativo/docente della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Allega- prescrizione/certificazione redatta dal

Consegna farmaco specifico

Data FIRMA ESERCENTI LA POTESTA' GENITORIALE

INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 - REGOLAMENTO GENERALE PER LA PROTEZIONE DEI DATI (GDPR) E DEL D.LGS. 30 GIUGNO 2003 N. 196

I sottoscritti, letta l'informativa resa ai sensi del Regolamento ue 2016/679 - Regolamento generale per la protezione dei dati (GDPR) e del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e successivi, prendono atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamento ai soli fini indicati nella richiesta.

Prestano il proprio consenso al trattamento dei dati personali interessati a norma del D.Lgs 196/2003, in via cartacea e telematica, ai soli fini istituzionali previsti per l'organizzazione, gestione, espletamento e controllo del servizio di che trattasi.

Prestano il proprio consenso a che l'Istituto Comprensivo di Mortegliano - Castions a comunichi, in via riservata e solo per le finalità sopra specificate, tutti i dati presentati con la presente richiesta, ai docenti e al personale ATA, per quanto di competenza, della scuola frequentata dall'alunno.

Data
.....

(firma degli esercenti la potestà genitoriale)

N.B. La prescrizione/certificazione del Medico deve specificare:

1. il nome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. le modalità di somministrazione del farmaco
5. la dose da somministrare,
6. la modalità di conservazione del farmaco,
7. gli eventuali effetti collaterali,
8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti 4,5,6.