

FUTURA



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI COPERTURA E RESILIENZA



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Ministero dell'Istruzione
e del Merito

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE - Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
IC "ITALO CALVINO" - SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI I GRADO
Via Frigia, 4 - 20126 Milano - C.F. 80127890152 - Cod. ~~mecc~~ MIIC81900C
tel. 0288448717 / fax 0288448722 / e mail miic81900c@istruzione.it / PEC miic81900c@pec.istruzione.it
SITO WEB www.icsitalocalvino.edu.it

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROTOCOLLO SANITARIO per SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia
Scuola primaria
Scuola secondaria I e II grado

dell'IC ITALO CALVINO – Via Frigia, 4 - Milano

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico
con la supervisione dei docenti**

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del GDPR 2016/679, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Note – vedi retro

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà