



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI 1° GRADO
"DANTE ALIGHIERI" – Venezia (VE)

Codice Meccanografico VEIC839002 – Codice Fiscale 80013070273

San Marco, 3042 – 30124 Venezia - (VE)

www.icdantealighierivenezia.edu.it - veic839002@istruzione.it – veic839002@pec.istruzione.it

Tel 041 5225157 - Fax 041 5204717

Circolare n. 10

Venezia, 6 Settembre 2022

Ai genitori
Ai docenti
Al Personale ATA
I.C. "D. ALIGHIERI"

Sito Internet

Oggetto: Farmaci salvavita

Si comunica alle famiglie interessate che l'eventuale somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli/delle alunni/e o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di salute dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

In calce si allega il modello di richiesta di somministrazione del farmaco che dovrà essere consegnato, corredato dalla prescrizione del medico curante, **entro e non oltre il 15 Settembre p.v.**

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Isabella Polidoro

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data _____ dal dott. _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

- I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI NO

Il _____ Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____