

Istituto Comprensivo "Alessandra Siragusa "



M.I.U.R.



Unione Europea

Via Ammiraglio Umberto Cagni n° 40-42 90146
Palermo Tel. 0916711192
Codice Fiscale: 97382190821
Codice Meccanografico: PAIC8BP00T
e-mail: paic8bp00t@istruzione.it
posta certificata: paic8bp00t@pec.istruzione.it
Sito web: www.ddalessandrasiragusa.edu.it



Regione Siciliana

Prot. n..... del

MODELLO A

Alla Dirigente Scolastica

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D. S.)

I sottoscritti
genitori di nata/o a il
residente a in via
frequentante la classe/ sez. della Scuola
sita a in via
essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal/la dott./ssa

Consapevoli che l'operazione viene effettuata da personale non sanitario, i sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118 e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

***nel caso firmi un solo genitore:**

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti alla verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori