| **IIS P. SCALCERLE** | **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI** | **FAMIGLIE** |
| --- | --- | --- |

 ***Al Dirigente scolastico***

 ***I.I.S. P. SCALCERLE***

***PADOVA***

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **□ genitori □ tutore □ affidatari**

dello studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto presso questo Istituto per l’a.s.\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ indirizzo **□** Linguistico **□**  Tecnico

classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

* che lo studente è affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sulla base della prescrizione medica allegata alla presente,
* che, in caso di necessità, venga consentita la auto-somministrazione dei seguenti farmaci:

|  nome farmaco | da somministrare in caso di … |  dosaggio |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

 □  **lo studente stesso alla auto somministrazione**  del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo

 □  **il personale individuato dalla scuola**  a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo

□ nel  **caso di urgenza**, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico

 **SOLLEVANDO**

 in tutti e tre i casi, il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

 Dichiarano, inoltre che i farmaci

 □ sono stati consegnati alla scuola in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ sono in possesso dello studente.

 **Allegano** la seguente documentazione con:

1. Prescrizione medica a estante la patologia.
2. Intervento terapeutico da mettere in atto.

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).

Recapiti telefonici sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_