



Istituto Vescovile "A. Graziani"

Asilo Nido – Scuola dell’Infanzia
Scuola Primaria Paritaria - Scuola Secondaria di I Grado
Via Cà Rezzonico, 6 - 36061 Bassano del Grappa (VI)
tel.0424/522254; fax: 0424/231244
email: segreteria@lescuolegraziani.it

ALLEGATO A

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

I sottoscritti
genitori dinato a il
residente a in via.....n.
frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria .I.G.
dell'Istituto Vescovile Antonio Graziani essendo il minore affetto dalla seguente patologia
..... e
constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili previsti dal Piano terapeutico allegato in data...../...../..... dal dott./dott.ssa

(oppure)

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci salvavita, in caso di urgenza dovuti al seguente evento che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data/...../..... dal dott./dott.ssa

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell’allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

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

112

Privacy policy

Con la presente clausola l’Istituto Vescovile Antonio Graziani dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’Istituto Vescovile Antonio Graziani dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Presidente pro-tempore, dott. Diego Peron.

I sottoscritti, 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).



Istituto Vescovile "A. Graziani"
Asilo Nido – Scuola dell’Infanzia
Scuola Primaria Paritaria - Scuola Secondaria di I Grado
Via Cà Rezzonico, 6 - 36061 Bassano del Grappa (VI)
tel.0424/522254; fax: 0424/231244
email: segreteria@lescuolegraziani.it

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

..... lì

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....
Genitoricell/abitazione.....
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

..... lì

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....