

RICHIESTA ACCESSO per SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico
I C "Basile Don Milani"- Parete

I/Il/La sottoscritti/o/a..... e

(barrare una delle caselle)

- In qualità di genitori
- In qualità di affidatario esclusivo¹
- In qualità di tutore²
- In qualità di genitore vedovo / a

Dell'alunno/a³nato/ail.....frequentante

la classe.....sez..... Infanzia / Primaria

CHIEDE/CHIEDONO

Di poter accedere nella scuola alle oreper effettuare personalmente la somministrazione di farmaco coerentemente alla certificazione medica allegata (*la certificazione medica deve specificare patologia, posologia, via e tempi di somministrazione*). In tal caso il farmaco sarà portato di volta in volta dal genitore stesso al momento della somministrazione.

Si allega certificazione medica.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di riferimento o medico certificatore

Genitori 1:

Genitore 2.....

DICHIARA/DICHIARANO

di essere a conoscenza di quanto prescritto dalla CONVENZIONE PER LA TUTELA E SOSTEGNO AGLI STUDENTI CON PATOLOGIE DIABETICHE ED ALTRE PATOLOGIE CRONICHE IN CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, IN REGIONE CAMPANIA tra La Regione Campania e il MIUR USR per la Campania stipulata a maggio 2018 e pubblicata sul BURC.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data

In fede,

Firma/e

Genitore 1.....

Genitore 2

¹In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione se non già agli atti della scuola.

² In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale se non già agli atti della scuola

³ Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello