



ISTITUTO STATALE "DUCA DEGLI ABRUZZI"

con indirizzi liceali: Linguistico, Scientifico, Scienze Umane, Scienze Applicate, Economico Sociale

Via A. Caccianiga, 5 - 31100 Treviso - tel. 0422 548383 / 541785 - fax 0422 543843
PEO: TVPM010001@liceoduca.it - PEC: TVPM010001@pec.istruzione.it - Codice Fiscale 80011400266

Mod. 01a - Farmaci salvavita

DATI SENSIBILI

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a
e consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante

Si prega di compilare in stampatello maiuscolo

Al Dirigente Scolastico

I/il/la sottoscritti/o/a

Cognome e nome

genitore/tutore

Cognome e nome

genitore/tutore

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ () il ____/____/____

residente a _____ () in via _____ n. ____

frequentante l'Istituto Duca degli Abruzzi di Treviso,
plesso ☐ centrale ☐ succursale 1 ☐ succursale 2

classe _____ sez. _____ indirizzo _____

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a è affetto/a da

_____ e, constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

che al/la proprio/a figlio/a assuma in orario scolastico, in autosomministrazione, i farmaci salvavita, in caso di urgenza dovuto al seguente evento

_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato, redatto in data ____/____/20____ dal dott./dott.ssa _____;

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad assumere in autosomministrazione i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il personale scolastico da qualsivoglia responsabilità derivante dall'auto-somministrazione stessa del farmaco.

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 l'auto-somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a a viaggi di istruzione/soggiorni linguistici e/o visite guidate, per i quali si necessita di apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori, reperibile nella modulistica viaggi. E' consigliato un confronto con i docenti accompagnatori.

In caso di emergenza, i sottoscritti autorizzano il personale della scuola a intervenire a sostegno delle funzioni vitali e alla somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, di adeguamento delle disposizioni del Regolamento Ue 2016/679.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Statale "Duca degli Abruzzi" di Treviso, 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, come modificato dal D.lgs. n.101/2018. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Statale "Duca degli Abruzzi" di Treviso, 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 D.lgs. 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, prof.ssa Emilia Imbrenda

data ____ / ____ / 20____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

Allegare fotocopia documento di riconoscimento del/dei genitori

N.B.: qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche per conoscenza della volontà e del consenso dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale.

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

Madre/responsabile genitoriale cell. _____ lavoro _____

Padre/responsabile genitoriale cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista Cell. _____

Ambulatorio _____