ISTITUTO STATALE "DUCA DEGLI ABRUZZI"
con indirizzi liceali: Linguistico, Scientifico, Scienze Umane, Scienze Applicate, Economico Sociale

Mod. 05

Oggetto**: AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI NON SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO E NEI LOCALI DELL'ISTITUTO**

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

_____
genitore/tutore/affidatario
Cognome e nome

_____
genitore/tutore/affidatario
Cognome e nome

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 _____

DICHIARA/NO

che l'alunno/a, in considerazione dell'età e dell'autonomia personale, ha necessità di assumere (auto-somministrazione) in orario e nei locali scolastici, i farmaci che il medico/specialista (NOME-COGNOME) _____ ha indicato nel Piano terapeutico allegato, redatto in data _____ /_____ /_____

Il/La sottoscritto/a solleva il personale scolastico da qualsivoglia responsabilità derivante dalla auto-somministrazione del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico; provvederà, inoltre, a rinnovare la documentazione al variare della posologia, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a medesimo/a, rilevante ai fini dell'auto-somministrazione.

A tal fine acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/03 e del GDPR 2016 n. 679.
Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiara di aver effettuato la richiesta in

ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

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

data ___ /___ / 20___

_____
Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

_____
Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

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