

OGGETTO: richiesta di somministrazione/autosomministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) durante una visita guidata/gita scolastica

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....

n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.I.G. plesso scolastico.
.....essendo il minore affetto dalla seguente patologia
....., constatata l'assoluta necessità e
consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie con la
presente

chiedono che

Y al/la proprio/a figlio/a sia/siano somministrato/i durante la visita guidata/gita scolastica, prevista per il
giorno.....da parte del personale non sanitario, il/i farmaco/i
indispensabile/i o salvavita previsto/i dal Piano terapeutico allegato in data__/_/ dal
dott./dott.ssa _____;
(indicare il nome del/dei farmaco/farmaci).....
nel momento del bisogno (indicare quando).....
con la seguente modalità

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

Sarà nostra cura consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/gita scolastica il/i farmaco/i
integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine della visita/gita stessa.

Y il/la proprio/a figlio/a si autosomministri durante la visita guidata/gita scolastica, con la vigilanza del
personale scolastico, prevista per il giorno....., il/i farmaco/i
indispensabile/i o salvavita previsto/i dal Piano terapeutico allegato in data__/_/ dal
dott./dott.ssa _____;
(indicare il nome del/dei farmaco/farmaci).....
nel momento del bisogno (indicare quando).....

con la seguente modalità

I sottoscritti, inoltre, sono consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Sarà nostra cura consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/gita scolastica il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine della visita/gita stessa.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo Statale "Rosario Livatino" di Ficarazzi 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 Comprensivo di Ficarazzi 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 Dirigente scolastico pro-tempore, dott. Mario Veca dell'Istituto Comprensivo "Rosario Livatino" di Ficarazzi (PA).

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).

Data,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....