

Protocollo "Somministrazione Farmaci"

RICHIESTA DI AUTO - SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Da compilarsi a cura dei genitori dello studente e da consegnare al dirigente scolastico

Al Dirigente Scolastico di
Eclet Formazione
Via Vanoni n. 14, San Donà di Piave

Il/i sottoscritto/i _____ Tel. Cell. _____ e
_____ Tel. Cell. _____ genitore/i -
tutore/i dello/a studente/ssa _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
frequentante nell'a.s. _____ la classe/sezione _____

presso Eclet Formazione di San Donà di Piave, preso atto della DRGV n. 3 del 04 gennaio 2019 di recepimento da parte della Giunta Regionale del Veneto delle "Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005" e del protocollo tra Ufficio Scolastico Territoriale della provincia di Venezia e le Aziende SL della Provincia di Venezia in materia di somministrazione dei farmaci a scuola, vista la specifica patologia dell'alunno/a _____ affetto da _____

Richiede/ono:

l'autorizzazione per il/la figlio/a all'autosomministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

- Allega prescrizione/certificazione redatta dal _____;
- Consegna farmaco specifico _____;
- Farmaco con scadenza _____;
- Modalità di conservazione del farmaco _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta alla presenza di personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante dall'autosomministrazione di farmaco in ambiente scolastico. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3.

Data _____

FIRMA _____ FIRMA _____