



ISTITUTO COMPRENSIVO “FRANCA ONGARO” LIDO PELLESTRINA

Via S.Gallo,34 – 30126 LIDO DI VENEZIA
Tel. 041 5260994 – Fax 041 5269506
CODICE SCUOLA VEIC840006- C.F. 94071390275
E-mail : veic840006@istruzione.it

ALLEGATO A al Decreto n. 6 del 27.03.2019 Regione Veneto

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell’alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL’I.C. “FRANCA ONGARO” LIDO PELLESTRINA

I sottoscritti _____

Genitori/ Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____

Sita a _____ in via _____

di codesto istituto,

COSTATATE L’ASSOLUTA NECESSITA’, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA’ PRESCRITTE NELL’ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,

Rilasciata in data _____ dal dott. _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO.

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n 196 Codice in materia di protezione dei dati personali recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 3016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con direttiva 95/46/CE

SI _____

No _____

Firma dei genitori/Responsabili genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE cell _____ casa/lavoro _____

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE cell _____ casa/lavoro _____

Pediatra di libera scelta/M MG

Specialista _____

Cell _____ Ambulatorio