MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE *PRATOLA SERRA*
Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado
Via G. Picardo, 37 - 83039 PRATOLA SERRA(AV)
Sedi/plessi Comuni di Pratola Serra, Prata di Principato Ultra e Santa Paolina
Tel. 0825967816 - C.F.80008530646- Codice Meccanografico .AVIC857002
E-MAIL avic857002@istruzione.it - PEC avic857002@pec.istruzione.it - SITO WEB www.icpratolaserra.it

RICHIESTA ED AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO ATTO DI DELEGA

_l_ sottoscritt_

- _____, documento di identità _____, n°_____, rilasciato da _____;
- _____, documento di identità _____, n°_____, rilasciato da _____;

in qualità di

- ☐ docente
- ☐ personale ata
- ☐ detentore/detentori della responsabilità genitoriale
- ☐ tutore/tutori
- ☐ affidatario/affidatari

della/del minore _____,

frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola

- ☐ Infanzia/ Primaria/ Secondaria di Primo Grado di PRATOLA SERRA - via Saudelle
- ☐ Infanzia /Primaria di PRATA P.U. – via Mazzini
- ☐ Primaria/ Secondaria di Primo Grado di PRATA P.U. – via Municipio
- ☐ Infanzia /Primaria di SANTA PAOLINA – via Cerro
- ☐ Infanzia di SAN MICHELE DI PRATOLA – via Provinciale
- ☐ Infanzia di SERRA DI PRATOLA – via Chiaio

DELEGA/DELEGANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "PRATOLA SERRA" alla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i

- ☐ salvavita
- ☐ indispensabile

_____

_____

così come da certificazione medica rilasciata in data ____/_____/_____, che si allega in copia quale parte integrante e sostanziale del presente atto di delega.

Il/I farmaco/i deve/devono essere conservato/i osservando le seguenti modalità

_____

Il/I farmaco/i deve/devono essere somministrato/i:

– in caso di:

_____

– alle ore:

_____

– nelle seguenti dosi:

_____

– nei seguenti modi:

_____

Per eventuali necessità che dovessero sopraggiungere durante la permanenza a scuola soggetto bisognoso del farmaco in parola, _l_ sottoscritt_ s'impegna/s'impegnano a garantire la propria reperibilità, ai seguenti recapiti telefonici

□ detentore/detentori della responsabilità genitoriale □ familiare	
medico prescrittore	

Con la presente _l_ sottoscritt_ consegna/consegnano al Sig. _____ la confezione del/dei farmaco/i _____ integra e correttamente conservata, con data di scadenza _____ e s'impegna/s'impegnano a sostituire il/i farmaco/i tempestivamente prima della scadenza.

Consapevole/Consapevoli di affidare tale delega a personale non sanitario, sollevano il personale stesso da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del/dei farmaco/i.

Pratola Serra, lì _____ _____

firma leggibile/firme leggibili

Autorizza/Autorizzano al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del General Data Protection Regulation 2016/679 (i dati sensibili ovvero “particolari categorie di dati” sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Pratola Serra, lì _____ _____

firma leggibile/firme leggibili