

RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE DELL'INTERVENTO DEL PERSONALE SCOLASTICO CHE HA DATO LA PROPRIA DISPONIBILITA' A SOMMINISTRARE IL FARMACO A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'Ist. Comprensivo
G. PASCOLI di FELIZZANO

I sottoscritti (padre).....e (madre).....
in qualità di Genitori/Tutori del minore.....
iscritto per l'anno scolastico.....presso la scuola/l'istituto.....
classe/sezione.....

chiedono:

di autorizzare il seguente personale scolastico, una volta verificatane la personale disponibilità scritta:

	cognome e nome	qualifica
1)
2)
3)

Barrare con una X la dicitura che interessa tra le lettere A/ B/ C) sotto indicate

- A) a seguire il percorso di formazione/addestramento, gestito da
per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato
- B) di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica in allegato.
- C) Di attivare – qualora secondo il piano d'azione del medico **non occorra** **specifico addestramento del personale scol.** – le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescriz. medica allegata.

I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento.
Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

In fede (firma padre).....

(firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscrittogenitore dell'alunno

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....

Firma.....

Luogodata.....

Numeri di telefono utili:

- Medico curante(PLS/MMG)
- Genitore (padre).....
- Genitore (madre).....