

Al Dirigente
dell'Istituto di Istruzione Superiore Liceo Scientifico Statale "Leonardo da Vinci"
Liceo Classico Statale "Giovanni Pascoli – Liceo Delle Scienze umane"
Viale dei Tigli 38 – 21013 - Gallarate

Oggetto: Richiesta somministrazione di farmaco salva – vita in ambito scolastico

Gli esercenti la responsabilità genitoriale,
sottoscritti _____ dell'alunno/a

frequentante la classe _____ sez. _____ liceo _____ data l'assoluta necessità
che il farmaco salva vita sotto dichiarato venga somministrato in orario scolastico

CHIEDONO

la somministrazione allo studente di cui sopra di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata; a tal fine

AUTORIZZANO

Il Personale Scolastico identificato, a cura del Dirigente, alla somministrazione del farmaco, come da prescrizione, dott. _____ (specificare il Medico referente, individuato dagli esercenti la responsabilità genitoriale)

SOLLEVANO

lo stesso Personale da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica, consapevoli altresì che, il personale scolastico, resosi disponibile, non dovrà avere né competenze né funzioni sanitarie;

AUTORIZZANO

In caso di assenza del Personale Scolastico Preposto:
a chiedere il supporto, ovvero l'intervento diretto del personale ATS/ASST per la somministrazione del farmaco
ovvero
a ricorrere al Servizio di Territoriale di Emergenza (112)

TERAPIA FARMACOLOGICA RICHIESTA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO
relativa allo studente di cui sopra

Evento per il quale somministrare il farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose di somministrazione

Modalità di somministrazione

Durata della terapia

Orario 1^a dose

Orario 2^a dose

Orario 3^a dose

Modalità di conservazione del farmaco

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico eventuale modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato.

Gallarate, _____

Firma degli esercenti la responsabilità genitoriale

La presente richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico, se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che deve essere specificata sopra, la durata è per l'anno scolastico corrente e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Dopo averla compilata, sottoscritta, digitalizzata, in formato pdf, la richiesta dovrà essere spedita, come allegato, al seguente indirizzo mail: vais001009@istruzione.it

Informativa per il trattamento dei dati personali
(Art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR"))

Ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy entrato in vigore il 25 maggio 2018 (GDPR), si comunicano i dati di riferimento dei referenti e si rinvia alla pagina del sito istituzionale <https://www.liceogallarate.edu.it/privacy-policy/> dove è pubblicata l'informativa completa. Qualsiasi approfondimento può essere svolto sul sito del garante al seguente indirizzo www.garanteprivacy.it oppure tramite la mail protocollo@pec.gdpd.it

Titolare del trattamento: ISIS "Leonardo da Vinci – Giovanni Pascoli" di Gallarate , rappresentato dal Dirigente pro tempore Nicoletta dott.ssa Danese	Numero di telefono: 0331 793727 Indirizzo email: vais001009@istruzione.it
Responsabile Protezione Dati (RPD): dott. Corrado Faletti - Servizi e Supporti s.r.l.	.Numero di telefono: +39 3428029049 Indirizzo email: direttore@controllerprivacy.it