

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 auto- somministrazione farmaco salva – vita in ambito scolastico a cura dello studente

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

l'auto- somministrazione, da parte dello studente di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione
medica allegata; a tal fine

DICHIARANO

che lo studente di cui sopra, essendo autonomo nella gestione delle proprie condizioni di salute, è in grado di
procedere all'auto-somministrazione.

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.

Gli Esercenti la Responsabilità genitoriale autorizzano, nel rispetto delle normative in materia di Privacy, ad informare il Consiglio di classe di appartenenza dello studente/ssa, in merito all'autosomministrazione del farmaco da parte dello stesso.

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