

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN SITUAZIONE DI URGENZA

(Redatta dai genitori dello studente, alunno o bambino e da consegnare al dirigente scolastico o al coordinatore delle attività didattiche ed educative o al direttore del centro di formazione professionale o alle coordinatrici dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 0-3)

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____

Via/Fraz. _____

Frequentante _____ la _____ classe/il _____ servizio _____ socio _____ educativo _____ 0-3
anni _____

Dell'istituzione _____ scolastica/servizio _____ socio _____ educativo _____ 0-3
anni _____

Essendo il/la minore affetto/a da: _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e orario scolastico/ di servizio socio-educativo 0-3 anni dei farmaci
come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal
dott./Centro di riferimento:

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

- ☐ da parte di personale non sanitario e di cui chiedono fin d'ora l'intervento;
- ☐ da parte del/della figlio/a minorenne, come attestato nella prescrizione/certificazione del medico curante.

Sollevano il personale scolastico/educativo da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tali farmaci.

Prendono atto che in ogni caso sarà avvisato il servizio 112.

Premesso che i dati del/della minore sono trattati dall'istituzione scolastica/dal servizio socio-educativo 0-3 anni e dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta al solo fine di consentire la somministrazione di farmaci secondo quanto dispongono le norme di legge vigenti, e nello stretto limite indispensabile a permettere di adempiere agli obblighi previsti dal protocollo,

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del regolamento UE 2016/679, secondo l'informativa allegata.

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante:

- Genitori:

- Centro di riferimento:

