



**Istituto di Istruzione Superiore Statale
"M. R. Padre Giovanni Bonsignori"**

Via Avis n° 5 - 25010 Remedello (BS) – Tel 030957227 / 8 Fax 0309953911

Mail: bsis023006@istruzione.it Pec: bsis023006@pec.istruzione.it

Sito Web: www.istitutobonsignori.edu.it



Codice Meccanografico BSIS023006	Codice Univoco Ufficio UFSOBI	PON Piano Nazionale di Sviluppo Economico 2014-2020	Codice Fiscale 85001450171	Partita IVA 00725820989
-------------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------

MODULO 2 (farmaci)

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti genitori/tutori
dell'alunno/a nato/a il luogo di nascita
frequentante la classe/sezione recapiti telefonici

Chiedono

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzano

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico a somministrare il farmaco secondo le indicazioni presenti nel Piano terapeutico, sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Dichiarano inoltre:

- di essere consapevoli che il personale della scuola che somministra il farmaco non ha né competenze né funzioni sanitarie;
- di impegnarsi a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettanti, siringhe, guanti etc);
- di provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Dirigente scolastica eventuali variazioni al Piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.
- di acconsentire al trattamento dei dati personali e particolari (così come descritto dall'informativa sul retro della richiesta) ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 e del codice privacy D.lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma: genitore/tutore genitore/tutore.....

***nel caso in cui firmi un solo genitore (nota MIUR-prot-5336-del-20/9/2015)**

Constata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della
terapia prescritta in ambito e orario scolastico.

Data _____

Timbro e firma del Dirigente Scolastico
