

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____ - _____
(cognome) (nome)

genitore/tutore dell'alunno/a _____

nato/a il _____ a _____ frequentante la
classe/sezione _____ presso il plesso di _____

della Scuola elementare della Repubblica di San Marino

chiede

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

Autorizza

contestualmente, il personale scolastico alla somministrazione del/i farmaco/i e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.

Si impegna a consegnare personalmente il/i farmaco/ci nelle mani dei docenti, in modo da evitarne usi impropri e di sostituirlo/i se scaduto/i.

Si impegna, altresì, a partecipare ad un incontro con il personale scolastico e il Direttore della Pediatria dell'ospedale di San Marino per la redazione del Piano d'intervento in cui siano specificate modalità e tempi di somministrazione del farmaco/i.

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di essere a conoscenza che le informazioni e i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato <https://www.gov.sm/Privacy.html> - "Privacy".

San Marino, _____

(firma del dichiarante)