

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Noi sottoscritti _____ e _____
genitori/tutori/rappresentanti legali dell'alunno/a _____
cod. ISS _____ frequentante la classe _____ nel plesso di _____

CHIEDIAMO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico.

AUTORIZZIAMO

il personale scolastico alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

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

Ci impegniamo a contattare il pediatra di riferimento per la redazione del Piano di Intervento in cui sono specificate modalità e tempi di somministrazione del/i farmaco/i e a trasmettere il documento alla Direzione Scuola Elementare tramite e-mail: (info.elementari@pa.sm).

☐ Dichiariamo di essere a conoscenza che le informazioni e i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul sito Stato <https://gov.sm/pub2/GovSM/Dipartimenti/Dipartimento-Istruzione-e-Cultura/Scuola-Elementare.html>

San Marino, _____

Firma dei genitori/tutori/rappresentanti legali

