

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Noi sottoscritti _____ e _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____
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 (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 della Scuola Elementare <http://www.elementare.educazione.sm/> nella sezione Documentazione famiglie

San Marino, _____

Firma dei genitori/tutori

.....
.....