

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____

genitori dell'alunn_ _____

nat_ _____ il _____

iscritt_ alla classe _____ sez. _____

confermano la prosecuzione della necessità di somministrazione, anche per l'anno scolastico _____,

del farmaco _____

A tal fine i sottoscritti

1. esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e resosi disponibile somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
2. autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112;
3. sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;
4. avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato;
5. provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alliev_ medesim_ rilevante ai fini della somministrazione, così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento;
6. sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del__ figli__ ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita di apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori;
7. acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e successive norme nazionali di adeguamento (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone). L'informativa privacy relativa ai dati che saranno richiesti è consultabile al link: https://trasparenza-pa.net/action/download.php?file_id=4999132

Firma di entrambi i genitori: _____

In caso di una sola firma:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore _____