



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
I.C. 2 DE FILIPPO-VICO

Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
C.M.: NAIC8EG00R- C.F.: 93056730638



Sede, via del Centenario, 7 - 80022 Arzano (NA)
081/7316556 - Fax 081/5738175

Plesso Tiberio, p.za dei Martiri, 5 - 80022 Arzano (NA)
081/7315685 - Fax 081/6581268

RICHIESTA ED AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVA VITA
- ATTO DI DELEGA -

Il sottoscritto..... C.F.....

Nato a..... Prov. il.....

Residente a CAP Via..... n.....

e

La sottoscritta..... C.F.....

Nato/a a..... Prov. il.....

Residente a CAP Via..... n.....

In qualità di genitori/ Tutori/Affidatari del minore

Frequentante la classe..... sez ☐ Scuola dell'Infanzia ☐ Scuola Primaria ☐ SSIG

dell'Istituto Comprensivo I.C. 2 De Filippo - Vico di Arzano (Na).

DELEGANO/DELEGA

gli addetti al primo soccorso scolastico dell'Istituto Comprensivo I.C. 2 De Filippo - Vico, alla somministrazione dei seguenti farmaci salvavita:

.....

così come da certificazione medica rilasciata in data ____/____/____, che si allega in copia quale parte integrante e sostanziale del presente atto di delega.

Il farmaco deve essere conservato osservando le seguenti modalità:

.....

Lo stesso farmaco dovrà essere somministrato:

- in caso di:
- alle ore:
- nelle seguenti dosi:
- con le seguenti modalità:



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
I.C. 2 DE FILIPPO-VICO

Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
C.M.: NAIC8EG00R- C.F.: 93056730638



Sede, via del Centenario, 7 - 80022 Arzano (NA)
081/7316556 - Fax 081/5738175

Plesso Tiberio, p.za dei Martiri, 5 - 80022 Arzano (NA)
081/7315685 - Fax 081/6581268

I sottoscritti/Il sottoscritto si impegnano/si impegna a garantire la propria reperibilità, per l'intera permanenza a scuola del minore, al seguente recapito telefonico:

Con la presente I sottoscritti/Il sottoscritto consegnano/consegna all'addetto al P.S. scolastico Sig./Sig.ra la confezione del farmaco integra e correttamente conservata, con data di scadenza e si impegnano/si impegna a sostituire il farmaco dopo la scadenza.

Consapevoli/Consapevole di affidare tale delega a personale non sanitario, sollevano/solleva il personale stesso da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco.

Arzano, li

Firma

.....

Autorizzano/Autorizza al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Arzano, li

Firma

.....

Ulteriore dichiarazione da compilare e sottoscrivere nel caso in cui la dichiarazione sia formulata da uno solo dei genitori:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che la/il madre/padre dell'alunno è a conoscenza e d'accordo circa le affermazioni esplicitate attraverso la presente dichiarazione.

Firma dell'unico genitore dichiarante:

Si allega al presente modulo:

1. Certificazione medica;
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.