ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE BERTRAND RUSSELL
Liceo Scientifico e delle Scienze Umane "Bertrand Russell" - Liceo Classico "Omero"
Via Gatti, 16 - 20162 Milano tel. 02/6430051/52
www.iis-russell.edu.it C.M. MIIS03900T C.F. 80125870156 – Codice univoco UFO7CZ
e-mail iis.russell@tiscali.it - MIIS03900T@istruzione.it - MIIS03900T@pec.istruzione.it

ALLEGATO A- RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA STUDENTI MAGGIORENNI

(COME DA PROTOCOLLO D'INTESA VIGENTE TRA ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA - ASST NIGUARDA – USR AT MILANO)

Al Dirigente Scolastico
Scuola secondaria II grado
IIS "B. Russell" di Milano

Io sottoscritto/a_____

nato/a a_____il____/___/_____/

C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe_____indirizzo: _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/

□ ***mi sia/no somministrato/i dal personale della scuola***

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

□ ***sia/no assunto/i con autosomministrazione in ambito scolastico.***

Firma

Data _____ _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data _____ _____

- Medico Prescrittore: Dr._____tel _____
- Familiare di riferimento (specificare)

1. _____

cell.:_____

2. _____

cell.:___

A**LLEGATI:**

- **CERTIFICAZIONE MEDICA aggiornata e contenente tutti i dati richiesti.**

NOTA BENE:

- La richiesta va consegnata alla Segreteria Didattica della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- Eventuali variazione devono essere certificate e comunicate tempestivamente.