|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  **Istruzione professionale:**   * Servizi Commerciali; * Servizi per l’Enogastronomia e l’Ospitalità alberghiera   **Istruzione tecnica:**   * Turismo   **Istruzione per adulti/serale** | **creata da: dirigenza** |
|  | Sede centrale: via Baden Powell, 33 tel. 0444 294320  Succursale: strada Sant’Antonino, 32 - tel. 0444 929207  **36100 VICENZA**  [www.adaschio.gov.it -](http://www.adaschio.gov.it/) [viis01600r@istruzione.it](mailto:viis01600r@istruzione.it) | **pubblicata da: vicedirigenza** |

ALLEGATO A

AL DIRIGENTE SCOLASTICO dell’IIS “ALMERICO DA SCHIO”

# OGGETTO: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci

l sottoscritti

in qualità di

* genitori
* soggetti che esercitano la potestà genitoriale

dello studente*(cognome) (nome)*

nato il e frequentante nell’anno scolastico / la classe

presso ,

# DICHIARANO

che lo studente è affetto da

(come descritto nella dichiarazione medica allegata)

# PREMESSO

1. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extrascolastico e che lo studente è in grado di provvedervi autonomamente
2. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extrascolastico e che lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente
3. che, in caso di urgenza, potrebbero presentarsi situazioni prevedibili descritte dal medico nella dichiarazione allegata quali:

(specificare le manifestazioni descritte nella dichiarazione medica)

# AUTORIZZANO

* lo studente stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (caso A)
* il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (caso B)
* nel caso di urgenza, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico (caso C)

\**barrare la/e casella/e*

# SOLLEVANDO

in tutti e tre i casi il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

# ALLEGA:

* 1. dichiarazione rilasciata dal medico curante attestante la patologia, la descrizione del farmaco indispensabile per la malattia e per il trattamento d’urgenza con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e la dichiarazione che lo stesso può essere somministrato anche dal personale individuato.
  2. il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

# CONSEGNA:

1. Il farmaco specificando le modalità di conservazione
2. Altro

In fede Firma

Firma

Data

Numeri di telefono utili:

Genitori

Medico Curante

# \*Si allega dichiarazione medica rilasciata dal medico curante