

Allegato 3

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dell'alunno maggiorenne da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo _____

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nata/o a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è
obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

la somministrazione dei farmaci
in ambito ed orario scolastico
da parte del personale scolastico

l'auto-somministrazione dei farmaci
in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

mi impegno a custodire
personalmente il farmaco

chiedo alla scuola di custodire il farmaco

mi impegno ad informare il personale della scuola prima dell'assunzione del farmaco e ad
assumerlo alla presenza di un operatore scolastico.

=====

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, di seguito GDPR, l'Unione delle Terre
d'Argine, in qualità di Titolare del trattamento, è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari
(art. 9 GDPR) per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da
regolamenti previsti e/o contrattuali per le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento
potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile
all'indirizzo e-mail privacy@terredargine.it

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è
disponibile scrivendo a responsabileprotezionedati@terredargine.it oppure nella sezione Privacy del sito,
oppure nella sezione Amministrazione trasparente. L'informativa completa può essere richiesta scrivendo a
privacy@terredargine.it oppure nella sezione Privacy del sito.

Autorizzo gli operatori della scuola alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il
farmaco sarà fornito alla Scuola dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una
nuova certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dell'interessato/a)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____

Medico _____