ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
FOLLADOR - DE ROSSI
AGORDO - FALCADE
Scuola & Convitto

FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI
Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani

Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Déodat Gratet de Dolomieu, 1
Tel. 0437/62015 – Fax 0437/643427
Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25
Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104
www.follador.edu.it
blis00600e@istruzione.it◆ blis00600e@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto I.I.S. Follador - De Rossi

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DA BANCO IN CONVITTO

ALLEGATO 16

Scheda sanitaria e autorizzazioni generali alla somministrazione di farmaci per gli/le studenti/esse convittori

Cognome e Nome del convittore/della convittrice	Nato/a a, il	
Residente a, in via	Classe / Sezione	Anno Scolastico
		20__/20__

	Nome e Cognome	Telefono / e-mail
Genitore o responsabile genitoriale		
Genitore o responsabile genitoriale		
Tutore/affidatario/altro referente (eventuale)		
Medico curante		

Recapito telefonico per comunicazioni di estrema urgenza	Codice Fiscale

I sottoscritti autorizzano il personale infermieristico e/o educativo del Convitto alla somministrazione, al bisogno e secondo le indicazioni seguenti, dei farmaci da banco riportati nella tabella (salvo diversa indicazione del medico curante):

Sintomo	**Farmaco consegnato dalla famiglia**
Mal di testa	
Mal di stomaco / mal di pancia	
Mal di gola / stati influenzali	
Dolori mestruali	
Punture di insetti / scottature lievi	
Altro	

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
FOLLADOR - DE ROSSI
AGORDO ▪ FALCADE
Scuola & Convitto

FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI
Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Déodat Gratet de Dolomieu, 1
Tel. 0437/62015 – Fax 0437/643427
Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25
Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104
www.follador.edu.it
blis00600e@istruzione.it◆ blis00600e@pec.istruzione.it

I sottoscritti incaricano il personale Infermieristico a custodire i farmaci necessari al convittore/alla convittrice, secondo le modalità di conservazione indicate dal produttore o dal medico curante.

I sottoscritti dichiarano che il/la convittore/convittrice è autonomo/a nella gestione della somministrazione

☐ SI ☐ NO

In caso affermativo, i sottoscritti autorizzano l'autosomministrazione dei farmaci sopra indicati, sotto la supervisione del personale del Convitto secondo le prescrizioni del farmaco.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente all'Istituto ogni variazione delle informazioni sopra riportate e prendono atto che la somministrazione dei farmaci è effettuata dal personale del Convitto secondo le modalità sopra indicate.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati relativi alla salute ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, e dichiarano di aver preso visione dell'informativa resa dall'Istituto ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le dichiarazioni mendaci, dichiarano di aver effettuato la presente richiesta in ottemperanza alle 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.

I sottoscritti dichiarano inoltre di essere consapevoli che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e non è obbligato alla somministrazione di farmaci ai convittori, e che l'Istituto non garantisce la presenza, nell'arco delle 24 ore della giornata, di personale infermieristico presso il Convitto.

Luogo _____

Data __/__ /____

(1) Firma _____

(2) Firma _____