Dopo autocertificazione consegnata copia agli atti

Istituto Comprensivo 88° "Eduardo De Filippo"

Via Il Flauto Magico, Lotto I – 80147 Napoli – Tel. Fax +39 081 774 64 48
email:naic8b300n@istruzione.it Cod. Mecc. NAIC8B300N pec: naic8b300n@pec.istruzione.it

RICHIESTA ED AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

ATTO DI DELEGA

I sottoscritti

- _____, documento di identità _____, n°_____, rilasciato da _____;
- _____, documento di identità _____, n°_____, rilasciato da _____;

nella qualità di detentori la potestà del minore _____,

frequentante la classe _____ sezione _____ della

- ☐ Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Eduardo De Filippo", alla via Il Flauto Magico; Lotto I;
- ☐ Scuola dell'Infanzia e Primaria "Madonnelle", alla via Madonnelle, n°130;
- ☐ Scuola dell'Infanzia e Primaria "Petrone", alla via Rossi Doria, s.n.c.;

di competenza dell'Istituto Comprensivo Statale 88° "Eduardo De Filippo" di Napoli,

DELEGANO

gli addetti al primo soccorso scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale di Napoli "88° Eduardo De Filippo" 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: _____

- nei seguenti modi: _____.

I sottoscritti s'impegnano a garantire la propria reperibilità, per l'intera permanenza a scuola del minore, al seguente recapito telefonico_____:

Con la presente i sottoscritti consegnano all'addetto al P.S. scolastico Sig. _____ la confezione del farmaco _____ integra e correttamente conservata, con data di scadenza _____ e s'impegnano a sostituire il farmaco dopo la scadenza.

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

Napoli, lì _____

_____

Firma dei detentori la potestà del minore

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

Napoli, lì _____

_____

Firma dei detentori la potestà del minore