MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA
Istituto Comprensivo "88° EDUARDO DE FILIPPO"
CODICE FISCALE 94097170636 - CODICE MECCANOGRAFICO NAIC8B300N
Via Il Flauto Magico, Lotto I - CAP 80147 – Napoli
☎/🖷 081/7746448 - ☎dir. 081/7748581
Peo: naic8b300n@istruzione.it - Pec: naic8b300n@pec.istruzione.it

RICHIESTA ED AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
ATTO DI DELEGA

_l_ sottoscritt_

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

nella qualità di

☐ docente
☐ personale ata
☐ detentore/detentori della responsabilità genitoriale
☐ tutore/tutori
☐ affidatario/affidatari

della/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;
☐ dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Madonnelle", alla via Madonnelle, n°130;
☐ dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Petrone", alla via Rossi Doria, s.n.c.

DELEGA/DELEGANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale di Napoli "88° Eduardo De Filippo" alla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i

☐ salvavita
☐ indispensabile

_____

_____

così come da certificazione medica rilasciata in data ____/_____/_____, che si allega in copia quale parte integrante e sostanziale del presente atto di delega.

Il/I farmaco/i deve/devono essere somministrato/i:

– in caso di: _____

– alle ore: _____

– nelle seguenti dosi: _____

– nei seguenti modi: _____.

Per eventuali necessità che dovessero sopraggiungere durante la permanenza a scuola soggetto bisognoso del farmaco in parola, _l_ sottoscritt_ s'impegna/s'impegnano a garantire la propria reperibilità, ai seguenti recapiti telefonici

☐ detentore/detentori della responsabilità genitoriale _____
☐ familiare _____
medico prescrittore _____

Con la presente _l_ sottoscritt_ consegna/consegnano al Sig. _____ la confezione del/dei farmaco/i _____ integra e correttamente conservata, con data di scadenza _____ e s'impegna/s'impegnano a sostituire il/i farmaco/i tempestivamente prima della scadenza.

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

Napoli, lì _____ _____
firma leggibile/firme leggibili

Autorizza/Autorizzano al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del General Data Protection Regulation 2016/679 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Napoli, lì _____ _____
firma leggibile/firme leggibili