

Allegato E: compilazione a cura del Dirigente Scolastico

All'attenzione del DISTRETTOASST Pavia

OGGETTO: richiesta di formazione somministrazione farmaci a scuola

Il sottoscrittoin qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto....., recapito telefonico..... indirizzo e-mail....., richiede l'attivazione del Corso di Formazione per la somministrazione di farmaci a scuola per l'alunno/alunna..... frequentante la scuola.....classe.....sez.....

Si allegano i seguenti moduli debitamente compilati:

- Allegato A1 "Richiesta di somministrazione farmaco SALVAVITA"
- Allegato B1 "Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco SALVAVITA"
- Eventuale Piano Terapeutico di somministrazione del farmaco salvavita compilato dal Medico Specialista.

OPPURE

- Allegato A2 "Richiesta di somministrazione farmaco INDISPENSABILE"
- Allegato B2 "Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco INDISPENSABILE"
- Eventuale Piano Terapeutico di somministrazione del farmaco indispensabile compilato dal Medico Specialista.

OPPURE

- Allegato C "Richiesta di prosecuzione della somministrazione farmaco SALVAVITA/INDISPENSABILE"

OPPURE

- Allegato D "Richiesta di AUTOSOMMINISTRAZIONE di farmaci"

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3.

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle 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"

Luogo e Data

Timbro e Firma del Dirigente Scolastico