



LICEO ARTISTICO E MUSICALE

“NERVI – SEVERINI”

Via Tombesi dall'Ova n. 14 – 48121 Ravenna - Tel. 0544 38310

rasl020007@istruzione.it – rasl020007@pec.istruzione.it

Cod. mecc. RASL020007 – C.F. 92082540391



Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di studente/essa minorenne)

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dello/a student/essa _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ tel _____

che frequenta la classe _____ sezione _____

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

informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate

CHIEDO (barrare la scelta)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a
- ☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (nome commerciale) _____

Consegno n. _____ confezioni integre e mi impegno a controllare la scadenza, sostituendolo quando necessario.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

Data _____

Firma del genitore o chi ne fa le veci

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale _____