



Via Ex Convento dei Cappuccini, s.n.c. – 84040 Camerota (Salerno)
Uffici direttivi e amministrativi: Via Sulmona, Marina di Camerota
Distretto 62 – Autonomia 170 – C. M.: SAIC80900T – C. F.: 84001860653 – Codice univoco: UFT7AE
Tel.: +39 0974 93 24 12 – Peo: saic80900t@istruzione.it – Pec: saic80900t@pec.istruzione.it – Url: www.scuolacamerota.edu.it

AUTORIZZAZIONE ALLA AUTO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO E ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL TUTORE/AFFIDATARIO/GENITORE

__I__ sottoscritt__



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



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

nella qualità di

- ☐ tutore/tutori
☐ affidatario/affidatari

della/del minore _____,

frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola

- ☐ dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Marina";
☐ dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Lentiscosa";
☐ dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Licusati";
☐ dell'Infanzia e Primaria "Camerota",

INFORMANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale Camerota, che il proprio figlio/a, affetto da _____ è in grado di auto somministrarsi il farmaco _____

così come da certificazione medica rilasciata in data ____/____/_____, che si allega in copia quale parte integrante e sostanziale dell'assunzione di responsabilità.

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

ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAMEROTA

Uffici direttivi e amministrativi: Via Sulmona, Marina di Camerota – 84040 Camerota (Salerno)
Tel.: +39 0974 93 24 12 | Peo: saic809o00t@istruzione.it | Pec: saic809o00t@pec.istruzione.it | Url: www.scuolacamerota.edu.it

☐ detentore/detentori della responsabilità genitoriale _____

☐ familiare _____

Con la presente _I_ sottoscritt_ dichiarano che la confezione del/dei farmaco/i integra e correttamente conservata, con data di scadenza valida è custodita dal proprio figlio/a, non ha bisogno di essere conservata in frigo e s'impegna/s'impegnano a sostituire il/i farmaco/i tempestivamente prima della scadenza.

Con la presente solleva/solleivano il personale scolastico da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del/dei farmaco/i.

Camerota, 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).

Camerota, lì _____

_____ *firma leggibile/firme leggibili*