



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

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

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

DELEGA/DELEGANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale Camerota, alla somministrazione del/i
seguente/i farmaco/i

- ☐ salvavita
- ☐ indispensabile

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.scuolacamerorta.edu.it

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, _I_ 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 _I_ 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/solleivano il personale stesso da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del/dei farmaco/i.

Camerota, li _____

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, li _____

firma leggibile/firme leggibili