

ALLEGATO 1 - Delega

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE /DELEGA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti Sigra.....e Sig.....

in qualità di genitori dell'alunno/a.....

frequentante la classe..... della Scuola.....

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico, come

da prescrizione medica allegata, rilasciata in data.....//.....//.....dal

Dott/Dott.ssa.....

CHIEDONO

(barrare la voce interessata)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al proprio figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata Sig.
- di rispettare le norme previste in materia di prevenzione del Covi-19 per l'accesso nelle scuole;
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui
- **autorizzo formalmente** fin da ora l'intervento consapevole che l'azione di delega non esclude comunque la responsabilità dei genitori o di essi delegati, nella realizzazione degli interventi concordati. *Art. 6 MIUR – ufficio scolastico regionale per il Lazio 25/11/2005.*
- che il minore si autosomministri la terapia farmacologica con:

1. la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta autosomministrazione)

2. l'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016 e del DLgs n.101/2018.

In data...//...//...si consegnano n.confezioni integre, n. Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Firma dei genitori o Esercenti la potestà genitoriale/altro ruolo di

legge.....



[Handwritten signature]