



I.I.S. CARLO URBANI

Istituto di Istruzione Superiore – Indirizzo Grafico – Indirizzo Odontotecnico

VIAGGIO D'ISTRUZIONE – MALTA 2020



RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE IL VIAGGIO D' ISTRUZIONE A 'MALTA' DAL 30 MARZO AL 3 APRILE 2020

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'I.I.S. CARLO URBANI E AI DOCENTI ACCOMPAGNATORI)

I sottoscritti _____
Genitori di _____
Nato/a _____ a _____ il
_____ Residente a _____
in via _____ Frequentante la classe _____ della
Sede di _____
in caso di insorgenza della sintomatologia per _____

COMUNICANO

Che il/la proprio/a figlio/a necessita di assumere il farmaco _____
nel periodo del viaggio scolastico, dal 30 Marzo AL 3 Aprile 2020.

Pertanto, i sottoscritti:

- a) Autorizzano il proprio figlio/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
- b) sollevano il personale che assiste all' auto-somministrazione, da ogni responsabilità derivante dalla auto-somministrazione del farmaco stesso
- c) dichiarano che il proprio figlio è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco
- d) Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

- Sì
- No

Data _____

Firma dei genitori _____

Firma dell'alunno/a (se maggiorenne) _____

Numeri di telefono dei genitori _____

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE IL VIAGGIO D'ISTRUZIONE A
'MALTA' DAL 30 MARZO AL 3 APRILE 2020

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE
SCOLASTICO E AI DOCENTI ACCOMPAGNATORI)

I sottoscritti _____
Genitori di _____
Nato/a _____ a _____ il
_____ Residente a _____ in
via _____ Frequentante la classe _____ della Sede di

Essendo il figlio/la figlia affetto/a da _____

COMUNICANO

Che il/la proprio/a figlio/a necessita di assumere il farmaco
_____ nel periodo del viaggio scolastico dal 30 marzo al 3 aprile
2020, come da modalità espresse nell'allegata autorizzazione medica rilasciata in data
_____ dal/dalla dott./dott.ssa _____.

Pertanto, i sottoscritti:

- a) Autorizzano il proprio figlio/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
- b) sollevano il personale che assiste all' auto-somministrazione, da ogni responsabilità derivante dalla auto-somministrazione del farmaco stesso
- c) dichiarano che il proprio figlio è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco
- d) Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

- Sì
- No

Data _____

Firma dei genitori _____

Firma dell'alunno/a (se maggiorenne) _____

Numeri di telefono dei genitori _____