



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA
Istituto Comprensivo Statale "TITO LIVIO – FIORELLI"
LARGO FERRANDINA A CHIAIA 3 - 80121 NAPOLI (NA)

Tel. Fax: 081400485 - Codice Meccanografico: NAIC8G400E - Peo: naic8g400e@istruzione.it - Pec: naic8g400e@pec.istruzione.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

- Secondaria di Primo Grado "Tito Livio", al largo Ferrandina a Chiaia, n° 3;
- Secondaria di Primo Grado "Giuseppe Fiorelli", alla via Giuseppe Fiorelli, n° 2;
- Primaria e Secondaria di Primo Grado di via Tommaso Campanella, n° 1,

di competenza dell'Istituto Comprensivo Statale "Tito Livio - Fiorelli" di Napoli, con la presente

DELEGA/DELEGANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "Tito Livio - Fiorelli" di Napoli alla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i

- salvavita
- indispensabile

Istituto Comprensivo Statale "TITO LIVIO – FIORELLI"

LARGO FERRANDINA A CHIAIA 3 - 80121 NAPOLI (NA)

Tel. Fax: 081400485 - Codice Meccanografico: NAIC8G400E - Peo: naic8g400e@istruzione.it - Pec: naic8g400e@pec.istruzione.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 conservato/i osservando le seguenti modalità

_____.

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

Napoli, 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).

Napoli, li _____
_____ firma leggibile/firme leggibili