

_____, ____/____/____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo n. 1 di Porto Torres

ALLEGATO 1 RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA/GLUCAGONE IN AMBITO SCOLASTICO

Somministrazione a minorenni

Anno scolastico _____

I sottoscritti _____

Genitori/ tutori dell'alunno _____ frequentante la Scuola

_____ classe/sezione _____

Chiediamo

(barrare la parte interessata)

- La somministrazione allo stesso di terapia insulinica in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott. _____ in data _____. Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente scolastico alla somministrazione dell'insulina e in caso di necessità del glucagone e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.
- La possibilità che lo stesso si auto somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica.

Dichiariamo contestualmente

- Che i sottoscritti e il medico di riferimento sono reperibili ai seguenti numeri telefonici:
madre _____
padre _____
medico _____
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. 196/2003 utili ed idonei a rivelare lo stato di salute del minore per la sua tutela.
- Che la presente richiesta è annuale e si rinnoverà all'inizio di ogni anno scolastico.
- L'insulina e il glucagone verranno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola. L'insulina, la siringa con gli aghi, la macchinetta per il controllo glicemico, il disinfettante e il cotone saranno consegnati all'interno di uno zainetto; mentre il glucagone verrà depositato nel frigorifero della scuola per tutta la durata dell'anno scolastico.

I Genitori / Tutori

Visto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Annarita Pintadu