



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA
 Istituto Comprensivo "88° EDUARDO DE FILIPPO"
 CODICE FISCALE 94097170636 - CODICE MECCANOGRAFICO NAIC8B300N
 Via Il Flauto Magico, Lotto I - CAP 80147 - Napoli
 ☎/☎ 081/7746448 - ☎dir. 081/7748581
 Peo: naic8b300n@istruzione.it - Pec: naic8b300n@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

- dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Eduardo De Filippo", alla via Il Flauto Magico; Lotto I;
- dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Madonnelle", alla via Madonnelle, n°130;
- dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado "Petrone", alla via Rossi Doria, s.n.c.

DELEGA/DELEGANO

il personale scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale di Napoli "88° Eduardo De Filippo" alla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i

- salvavita
- indispensabile

Istituto Comprensivo Statale "88° Eduardo De Filippo"

Via Il Flauto Magico, Lotto I – 80147 NAPOLI - tel. e fax +39 081 774 64 48

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, 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