

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC SALVO D'ACQUISTO**

DICHIARAZIONE GESTIONE FARMACI DURANTE VIAGGIO DI ISTRUZIONE

I sottoscritti genitori (Cognome e Nome) e dell'alunno
....., nato a....., il, frequentante la classe.....,
sez....., Scuola..... dell' IC Salvo D'Acquisto di Cerveteri

• in base alla **Certificazione Medica da allegare** (All.2) alla presente dichiarazione e Piano
terapeutico per l'avvio del protocollo sanitario scolastico rilasciato dal Dott.....
in data.....

DICHIARANO CHE:

1. consegneranno il farmaco elencato nella tabella sottostante ;
2. la somministrazione degli stessi farmaci avverrà in modo autonomo da parte del proprio figlio in sorveglianza di un adulto formato;
3. la somministrazione avverrà da parte di un addetto alla somministrazione farmaco salvavita.
4. Il farmaco sarà consegnato al docente accompagnatore: _____

Nel caso di eventuale assistenza e/o somministrazione dei farmaci, da parte del personale/docente accompagnatore, durante il viaggio di istruzione che si svolgerà dal al con destinazione, sollevano il personale/docenti medesimi da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.

Sarà cura di noi genitori provvedere alla consegna del farmaco (**all. modulo consegna farmaco**) necessario prima della partenza.

A tal fine acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Farmaco _____

Posologia _____

Descrizione dei sintomi ed indicazioni in caso di necessità

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Contatti telefonici genitori: Madre Padre

Luogo, data Firma (di entrambi i genitori)

