

# CONVITTO NAZIONALE "Vittorio Emanuele II"

Primaria - Secondaria di I Grado - Liceo Scientifico - Liceo Classico Europeo

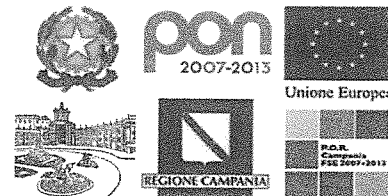
Distretto 47 - C.M.: NAVC010009 - C.F. 80014710638

Piazza Dante, 41 - 80135 NAPOLI - Tel 0815491740 - Fax 081549.9385/9402

sede EDUCANDATO STATALE

Infanzia - Primaria - Secondaria di I Grado

Piazza Miracoli, 37 - 80137 NAPOLI - Tel 08119706090 - Fax 08119706089



CONVITTO NAZIONALE - "VITTORIO EMANUELE II"-NAPOLI

Prot. 0003094 del 13/02/2023

IV (Uscita)

Allo Staff del Rettore Dirigente Scolastico  
Ai Docenti del I e II ciclo  
Agli Educatori del I e II ciclo  
All'A.A. Immacolata Abate  
Agli Uffici amm.vi  
Al personale ATA  
Sede Convitto-Sede Educandato  
Atti / ArgoScuolanext  
Sito web

**Oggetto:** modulo somministrazione farmaci

Si inoltra in allegato per le eventuali occasioni necessarie, l'aggiornato modulo per la somministrazione dei farmaci.

Napoli 13/02/2023

Il Rettore Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Prof.ssa Silvana Dovere  
firma autografa sostituita a mezzo stampa  
Ai sensi dell'art.3 co. 2 D. Lgs 39/93

Al Rettore Dirigente Scolastico  
del Convitto Nazionale di Napoli  
"Vittorio Emanuele II"

**OGGETTO:** richiesta di somministrazione/erogazione **farmaco "INDISPENSABILE"** - Circolare Ministeriale n° 321 del 10/01/2017-

N.B.: l'oggetto della presente nota "**Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy**".

I sottoscritti \_\_\_\_\_ nella qualità di genitori  
esercanti la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ della  
Scuola Secondaria di II Grado Liceo \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico 2022/2023- essendo il  
minore affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_  
considerata e constatata l'assoluta necessità al fine di garantire la salute ed il benessere dell'allievo,  
nonchè il percorso d'integrazione scolastica e formativo, con la presente espressamente

#### CHIEDONO

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati da parte del personale non sanitario come individuato, ovvero
- che al/la proprio/a figlio/a sia concessa la possibilità che lo stesso possa assumere in auto somministrazione ed autonomia, sotto la vigilanza del docente incaricato, nel corso del viaggio d'istruzione che si terrà presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, i **farmaci indispensabili** previsti dal **Piano Terapeutico ivi allegato** che espressamente indica modalità, tempi di somministrazione, posologia e conservazione, con data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ed a firma del dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ che presta la propria reperibilità in caso di necessità al seguente recapito \_\_\_\_\_.

I sottoscritti chiedono altresì la possibilità che il personale della scuola individuato dal Dirigente nella persona di \_\_\_\_\_ e, resosi disponibile provveda alla custodia e vigilanza nel momento della auto somministrazione dei farmaci previsti dal su indicato Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale docente da qualsivoglia responsabilità - penale e/o civile- derivante dalla somministrazione/assunzione stessa del farmaco, Inoltre eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione/assunzione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e solleva pertanto, nuovamente detto personale da ogni responsabilità penale e civile .

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura dei farmaci in quantità ampiamente sufficiente ad assicurarne l'assunzione del corso dell'intero viaggio ed a verificarne scrupolosamente la scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato e/o erogato.

I sottoscritti, provvederanno a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto "Convitto nazionale di Napoli" dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03 e successive modifiche e/o integrazioni. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Le S.V. potranno esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott.ssa prof.ssa Silvana Dovere.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori \_\_\_\_\_ cell/abitazione \_\_\_\_\_ Pediatra  
di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) \_\_\_\_\_ cell/studio  
\_\_\_\_\_

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista  
\_\_\_\_\_ e la struttura di riferimento  
\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_