

AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

I Sottoscritti: _____

in qualità di: _____ genitori _____ soggetti esercenti la potestà genitoriale
dell'alunno _____ nato a _____ in data _____
frequentante la classe _____ sez _____

in caso di necessità per sintomi influenzali e/o malattia/terapia cronica o ricorrente

AUTORIZZANO (barrare la casella scelta)

- la somministrazione o autosomministrazione in ambito del Viaggio d'Istruzione in Toscana 2025 di farmaci preventivi, in particolare antipiretici e antidolorifici specifici (*indicare nomi dei farmaci nel foglio seguente*)
- La somministrazione o autosomministrazione in ambito del Viaggio d'Istruzione in Toscana 2025 di farmaci per terapie croniche e/o ricorrenti (*in questo caso allegare certificazione medica*)

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

SOLLEVANO

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione.

Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

AUTORIZZANO

- il docente accompagnatore assegnato alla classe in partenza alla somministrazione del farmaco
- l'alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

Acconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Roma, lì _____

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale _____

Farmaco: _____

Dose e tempo di somministrazione _____

Farmaco: _____

Dose e tempo di somministrazione _____

NOTE: _____

Roma, lì _____

Firma esercenti la potestà genitoriale

In presenza della sottoscrizione della presente liberatoria da parte di uno solo degli esercenti la responsabilità genitoriale, si intende che l'autorizzazione è stata tacitamente condivisa da entrambi i genitori.

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DELLE IMMAGINI/VIDEO/AUDIO

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

e

La sottoscritta _____

nata il _____ a _____

in qualità di esercenti la potestà genitoriale dello/a studente/ssa _____

iscritto/a presso l'IIS CARLO URBANI Classe _____ sez. _____

PRENDONO ATTO

che, **in occasione del viaggio di Istruzione a.s. 2024-25**, l'I.I.S. CARLO URBANI può acquisire e utilizzare fotografie, audio, video o altri documenti contenenti l'immagine, il nome e la voce del/a figlio/a, nell'ambito di attività educative e didattiche contenute nel **PTOF** (comprese le visite guidate e i viaggi di istruzione), **per scopi documentativi, formativi e informativi**, durante la durata del suddetto viaggio di istruzione.

- AUTORIZZANO**
- NON AUTORIZZANO**

Per accettazione

*Firma leggibile di entrambi i genitori
(o di chi ha la responsabilità genitoriale)*