

ALLEGATO 1

لمرفقات 1

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

طلب إدارة الدواء في المدرسة

Al Dirigente Scolastico
إلى مدير المدرسة
dell'Istituto Comprensivo T. Grossi
من معهد الشامل T. Grossi
Treviglio (BG)

Io sottoscritto/a _____

أنا الموقع أدناه

genitore/tutore dell'alunno _____

والد/ وصي التلميذ

nato a _____ il ___/___/___/

مولود في

frequentante la classe _____ della scuola _____

حضور الفصل

للمدرسة

CHIEDO

أسأل

che il/i farmaco/i indicato/i dal MMG o dal PDL o specialista operante nel SSN **nell'allegata prescrizione**

أن الدواء (الأدوية) لمشارا إليه من قبل الطبيب العام أو طبيب الأطفال أو الأخصائي العامل في نظام الصحة الوطني الوصفة المرفقة

redatta in data _____ في المعدة في ___/___/___/

- **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

يتم إعطاء الدواء لطفلي من قبل موظفي المدرسة

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

في قتالو نفسه ، أفوض موظفي المدرسة الذين حددهم المدرسة مدير لإدارة الدواء وأطلق سراحه من أي مسؤولية مدنية وجنائي مستمدة من الإدارة بعد اعامة جميع الاحتياطات التي إليها تشير الوصفة الطبية. أتعهد أيضاً بالإبلاغ الفوري عن أي تغييرات تطراً على العلاج و/ أو طريقة إعطاء الدواء.

oppure che, in alternativa, أو كبديل

- **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

ابني/ ابنتي إدارة الذات العلاج بالعقاقير في البيئة المدرسية تحت إشراف المعلمين

DICHIARO

أعلن

che il/la proprio figlio/a è in **possesso della reale capacità di auto – somministrarsi il farmaco.**

أن طفله / طفلها لديه القدرة الحقيقية على إدارة الدواء بنفسه.

Allego prescrizione rilasciata dal MMG o dal PDL **dalla quale si evince l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico.**

وأرفق وصفة طبية صادرة عن طبيب عام أو طبيب الأطفال مما يدل على أنه لا غنى الإدارة خلال ساعات الدوام المدرسي.

Firma di entrambi i genitori

توقيع كلا الوالدين

Data تاريخ _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

أوافق على معالجة البيانات الشخصية والحساسة من قبل أطراف ثالثة بموجب المرسوم التشريعي 196/03، فقط إذا كانت مفيدة وتهدف إلى الاستجابة لهذا الطلب و AREU لأي تدخلات عاجلة.

Firma di entrambi i genitori

الوالدين كلا توقيع

Data تاريخ _____

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

إذا واحد فقط علامات الوالدين، يعلن أن تكون على علم التعبير أيضا إرادة الآخر الذي يمارس السلطة الأبوية.