



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Allegato A

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI PRIMO SOCCORSO PER CRISI DI NATURA EPILETTICA

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Laureana Gal. Fer. Melicucco"
di Laureana di Borrello

Io sottoscritto/a _____, **genitore dell'alunno/a** _____,
nato/a a _____ il _____, residente in
_____, tel. _____, frequentante la classe _____ sez. _____ della
Scuola _____,

- consapevole che il personale scolastico non ha funzioni sanitarie ma può attuare misure di primo soccorso;
- visto il certificato medico e le indicazioni sanitarie rilasciate dal medico curante;

CHIEDO

l'attivazione del **Protocollo di Primo Soccorso per crisi di natura epilettica**, in caso di necessità, secondo le indicazioni del medico curante e le istruzioni operative allegate.

Esprimo il consenso affinché il personale scolastico intervenga secondo le procedure indicate e sollevi lo stesso personale da ogni responsabilità, purché l'intervento avvenga in ottemperanza alle istruzioni fornite.

Mi impegno ad informare tempestivamente la scuola su eventuali variazioni dello stato di salute di mio/a figlio/a e ad aggiornare la documentazione medica al variare della situazione clinica.

Autorizzo inoltre il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e del Regolamento UE 679/2016.

Io sottoscritta, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

In fede

Luogo

Data

Firma

____/____/____
