Modulo 1: “RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO”

|  |
| --- |
| **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI**  (da compilare a cura dei genitori dell’alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)  AI Dirigente Scolastico II /i sottoscritto/i  genitore/i -tutore/i dell’alunno/a nato a il  residente a in via frequentante la classe/sezione  della Scuola nell'anno scolastico  vista la specifica patologia dell’alunno  preso atto del protocollo esistente tra , in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data constatata I’assoluta necessità  chiede/ono  la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott.  Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento.  Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare Io stato di salute delle persone).  SI  NO    * Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Consegna farmaco specifico alla scuola * Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco — es. custodito nello zaino) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Contestualmente autorizza/o no:**   1. il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3; 2. la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;   Data  FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Numeri di telefono utili:  Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. Tel. cellulare  Genitori: Telefono fisso Tel. cellulare Tel. di |
| **Note**  La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.  Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.  Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.  I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuoia  per tutta la durata della terapia.  La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d’uso. |

Pagina 15 di 17