

Allegato 1

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Dell' I.C. 5 E. Montale

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a.....
 frequentante la classe/sezione..... plesso
nell'anno scolastico....., affetto da.....
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
prescrizione medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO

(barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____

di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, **di cui autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale e consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Reg. Europeo 679/2016.

Si consegnano n°.....confezioni integre, Lotto..... scadenza.....

Si allega prescrizione medica.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma _____

Data, _____

Numeri utili

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

Telefono Medico curante (Dott.....)

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola.