

Allegato n. 1

**richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenni)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato ail.....

residente ain via.....

che frequenta la classe ... sez ... della scuola

sita in Via Cap

Localitàprov.

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco _____), personalmente o tramite _____ da me incaricato

oppure:

☐ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco _____)

oppure:

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco _____).

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

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e/o 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 modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Consegno n..... confezioni integre.

Firma * del genitore o chi ne fa le veci

.....

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma * del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:
famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

* Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni. Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato dalla legge n. 54 del 8.02.2006), altrimenti a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, ad entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.