|  |
| --- |
| **Modulo 1: “RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ”** |

|  |
| --- |
| **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL OIRIGENTE 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 ...............  Il /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 l'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 lo 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/ono:**  a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;  b) 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.  | farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.  La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d’uso. |