

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
da compilare a cura dei genitori dello studente e da consegnare al dirigente scolastico

I sottoscritti
genitore/i - /tutore/amministratore di sostegno dell'alunno/a
nato/a(luogo e provincia) il
C.F. frequentante la classe/sezione
della Scuola
sita a in Via
essendo lo studente affetto da

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista, operante nel SSN
Dr. nell'allegata prescrizione redatta in data

[NB: scegliere una delle seguenti opzioni, A o B]

- ☐ **A. sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola, dichiarano inoltre:**
- di essere consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie.
 - di autorizzare il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e sollevarlo da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
 - di impegnarsi a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione;
 - di provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
 - di impegnarsi inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

- ☐ **B. mio/a figlio/a si AUTO-SOMMINISTRI la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità:

Medico Prescrittore: Dr. Cellulare :

Gen.1/Madre cellulare: Gen.2/Padre Cellulare:

Dichiarano di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

NOTE

- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

Luogo e Data

Firma Gen.1/Madre Firma Gen.2/Padre

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori*

***Nel caso in cui firmi un solo genitore (nota MIUR-prot-5336-del-20/9/2015)**

Luogo e Data

Firma genitore/tutore/amministratore di sostegno