**MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “Alberto Manzi” Torre de’ Passeri

Il sottoscritto ………………………………………………nato a…………………………………………. il…………………………………………………e residente a……………………………………………… …………….via………………………………………………………………………………….n………….

La sottoscritta …………………………………………………nato a……………………………………… il…………………………………………………e residente a……………………………………………… …………….via………………………………………………………………………………….n………….

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore………………………………………………

Frequentante nell’anno scolastico 2019/2020la classe/sezione ……….della scuola ……………………

………………………………………………………………………………………………………………..

Essendo il/la minore affetto/a da…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

e constatata l’assoluta necessità

CHIEDONO

* La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data…………………dal Dott…………………………...........;
* Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento;
* Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
* Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
* Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
* Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l’a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
* Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118 );
* Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all’allegata prescrizione medica.

(BARRARE se del caso)

Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all’allegata prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003-Art. 13 - GDPR 679/2016

SI NO

NO

Luogo e data

Firma del padre……………………………………………………………………………………………….

Firma della madre……………………………………………………………………………………………

Firma di altra persona esercente la patria potestà………………………………………………………………

**Recapiti telefonici**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Numero di cellulare** | **Numero fisso** |
| Madre |  |  |
| Padre |  |  |
| Altra persona esercente la patria potestà |  |  |