**Modulo A**

**Alla Dirigente Scolastica**

**dell’IC di Castel Maggiore**

**Dott.ssa Antonietta Esposito**

**OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nome e cognome

e

il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nome e cognome

genitori/tutori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nome e cognome

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

dell’Istituto Comprensivo di Castel Maggiore plesso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* essendo il/la minore affetto/a dalla seguente patologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie;
* in seguito alla Certificazione medica con Autorizzazione e Piano terapeutico allegato di somministrazione di farmaci

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indispensabili |  | Salvavita |  |

**CHIEDONO**

* che al proprio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico;
* che il proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l’auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l’auto-somministrazione,** in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.
* che sia consentito l’accesso a i sottoscritti o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico

I Sottoscritti

* consegnano n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ confezioni di farmaco nuovo e integro.
* esprimono il consenso affinché il personale scolastico individuato dalla Dirigente somministri o vegli sull’autosomministrazione dei farmaci previsti dal Piano terapeutico;
* sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione/auto-somministrazione del farmaco.
* avranno cura di provvedere alla fornitura, al rifornimento e/o alla sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
* si impegnano a ritirare il farmaco al termine dell’anno scolastico e a consegnare una confezione nuova e integra all’inizio del successivo anno scolastico in caso di riconferma del Piano terapeutico.

I sottoscritti avranno inoltre cura di provvedere:

* all’aggiornamento e al rinnovo della documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento;
* a comunicare tempestivamente alla Dirigente Scolastica attraverso adeguata documentazione medica ogni variazione dello stato di salute dell’alunno/a rilevante ai fini della somministrazione;
* a comunicare attraverso adeguata documentazione medica ogni variazione delle necessità di somministrazione/autosomministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/della proprio/a figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali provvederanno a redigere apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

**I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del Pronto Soccorso.**

**Privacy policy**

Con la presente clausola l’Istituto Comprensivo di Castel Maggiore dichiara che il trattamento dei dati personali da Voi forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’Istituto Comprensivo di Castel Maggiore dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è la Dirigente scolastica Dott.ssa Antonietta Esposito.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente **Autorizzazione alla somministrazione farmaci in orario e ambito scolastico e relativo Piano terapeutico**.

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Numeri di telefono utili:**

Madre/Padre/Tutore cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell/studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di firma di un Solo Genitore/tutore/affidatario: “Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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.”

Castel Maggiore, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEL GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_