**Modulo C**

**Alla Dirigente Scolastica**

**dell’IC di Castel Maggiore**

**Dott.ssa Antonietta Esposito**

**OGGETTO**: **prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita o indispensabile**

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. \_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* avendo inoltrato nel precedente a.s. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
* considerato che per il corrente a.s. il/la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione/autosomministrazione del farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* considerando che la terapia non è mutata;

**CHIEDONO**

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

I Sottoscritti

* 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/autosomministrazione del farmaco, purché effettuala in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra cura 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.

Sarà nostra cura, inoltre, 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).

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