Allegato n. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO O ALUNNO MAGGIORENNE DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti - il/la sottoscritto/a ……..……..

genitori di ……. Nato/a a …… il ……..……

codice fiscale ……. residente a ……..…..……..……

in via……..……..……..……..……..…

frequentante la classe …….. della Scuola ……..……..……..

sita a ……..…….. in via ……..……..…..……..…….

soggiornante c/o il convitto……

ESSENDO AFFETTO/A da

……..

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data……. dal Dr……..……..

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso

Autorizzare, se del caso, l'auto–somministrazione del farmaco.

Acconsento al trattamento dei dati personali e particolari da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e del GDPR Regolamento (UE) n.2016/679 esclusivamente se tale trattamento sia utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.

Data ☐ SI ☐ NO

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale o firma alunno maggiorenne

_____ _____

Numeri di telefono utili:

- Genitori _____
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____