

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Il/I sottoscritto/i _____
 genitore/i – tutore/i dell'alunno/a _____ nato/a il _____
 a _____ (prov. ____) e residente a _____
 (prov. ____) in via _____ frequentante la classe/sezione _____
 della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

- Vista la specifica patologia del/la figlio/a _____ ;
- Constatata l'assoluta necessità;

Chiede/ono

la somministrazione in ambito e orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

- Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg. UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone): SI [] NO []
- Allegano prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal dott. _____
- Consegnano alla scuola _____ in data _____ all'incaricato/a sig./a _____ un flacone nuovo e integro del/i farmaco/i _____
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino) _____

Contestualmente autorizza/ono

- a) Il personale scolastico identificato dal D.S. alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica;
- b) La possibilità che lo stesso si auto – somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, l'allegata prescrizione medica;

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si 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.

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ cell. _____

Genitori: Telefono fisso _____ cell. _____

Tel. di _____ n. _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.