

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (All. 1)

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale _____

residente a _____ Provincia _____ CAP _____

Via _____ n° _____

frequentante la classe _____ sezione _____ plesso _____

CHIEDO

in nome e per conto dell'altro genitore

che il farmaco /i (scrivere il nome del farmaco/i) _____

sia/no somministrato/i a mio figlio dal personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico.

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica (scrivere il nome del farmaco)

in ambito scolastico con la supervisione **dal personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico.**

Consapevole che tale richiesta ha valore per l'intero ciclo scolastico

dichiaro che:

- sarà mia cura provvedere inoltre alla fornitura all'adeguato rifornimento e/o **sostituzione** dei farmaci anche in relazione alla **scadenza** degli stessi

- sarà mia cura provvedere a **rinnovare la documentazione** al variare della posologia e ad ogni passaggio/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo **stato di salute** dell'allievo medesimo e della necessità di somministrazione

di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____

Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Tutore/i cell.: _____

Delegato alla somministrazione indicato dalla famiglia cell: _____

Napoli, _____

Firma

Firma(1) di autocertificazione (Legge 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000

da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

(1) genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54/02/06), altrimenti, a firma di affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.