

Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i _____
genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione _____
_____ della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola
adottato in data _____ constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed 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.

Acconsento 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

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____

- Consegna farmaco specifico alla scuola _____

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino) _____

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà _____

Numeri di telefono utili:

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

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

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, ed 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 lasciarli 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.

