Allegato A

Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico

Al Dirigente scolastico

dell'Istituto Comprensivo "Umberto I" di Lanciano

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) _____
□ Genitore dello studente/studentessa _____
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa _____

E

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) _____
□ Genitore dello studente/studentessa _____
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa _____

Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____ / dal Dott. _____ in data **/**/____;

CHIEDONO

(barrare la scelta):

□ Che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico.

(oppure)
□ Che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.
(oppure)
□ Che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia autonomo/a nell'auto-somministrazione in orario scolastico.

Esprimiano il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il

medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico.

Mi impegno a:

- Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.
- Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Dati di Contatto:
Genitore/Tutore: _____
Numero di telefono: _____

Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:
Nome e Cognome: _____
Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili
I sottoscritti dichiarano di aver letto integralmente l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE.

Firma del Genitore/Tutore: _____

Firma del Genitore/Tutore: _____

Il/la sottoscritt___, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Nota: Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati.