Alla Dirigente scolastica

dell’Istituto Comprensivo Statale

Montalto Uffugo-Lattarico-Rota greca-San Benedetto Ullano-San Vincenzo la Costa

**Oggetto**: **Richiesta per auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Il sottoscritto ………………………………………….. (C.F…………….…..……………...)

nato a …………………………………prov. …… il………………… residente a …………………………

CAP ……….. via ............................................................ n. ..…

e

La sottoscritta ………………………………………….. (C.F…………….…..……………...)

nata a ………………………………prov. …… il……………….… residente a ………..……………….…

CAP ……… via…………..……………………………n. …….

in qualità di genitori di ………………………………… frequentante la classe...........................

presso la scuola................................................................................................................................

**DICHIARANO**

che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della Scuola e

**AUTORIZZANO**

Il minore stesso alla auto-somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica allegata.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all’Allegato e copia dei documenti di identità in corso di validità

Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………….

Genitori ………………………………………………………………………….

In fede.

……………….. lì, …………….. Firma……………………………………….

Firma ……………………………………….

**Allegato 1**

Il minore (Cognome) ………………………………………… (Nome) …………………………….

nato il………………….residente a ………………………….………………..

Necessita

della somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione (da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

………………………………………………….. ………………………………………………….

**modalità di somministrazione** (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**durata della terapia** ………………………………………………………………………………….

**modalità di conservazione del farmaco**

…………………………………………………………………………………………

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

………………………………………………..……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………., lì ……………..

timbro e firma del medico

**Allegato 2**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

Il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

* II trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di tarmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
* La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
* I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
* Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'ari. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………….. in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………… in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) ………………………………………… ( Nome ) ..………………………………….. nato il ……………………… a ………………………………... e frequentante nell’anno scolastico 202\_/202\_ l’Istituto Comprensivo - Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe ………… sez. ………….

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_