**Alla Dirigente scolastica**

**dell’Istituto Comprensivo Statale**

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

**Oggetto**: **Richiesta somministrazione farmaco in orario 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 (Cognome) …………………………………(Nome)……..……………………

nato il……………………e frequentante nell’anno scolastico ………/…………….

la Scuola : dell’Infanzia Primaria Secondaria Classe …….. Sezione …..

del plesso di …………………………………………………………….;

Consapevoli che il personale scolastico incaricato per la somministrazione del medicinale non deve avere né competenze né funzioni sanitarie,

**CHIEDE**

Che sia somministrato, in caso di necessità, al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: ………………………………...

A tal fine,

**AUTORIZZA**

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenti patologie che tale atto può arrecare al minore.

Si impegna, altresì, a:

* fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel piano terapeutico in confezione integra da conservare all’interno dell’edificio scolastico e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, guanti, disinfettante, ..), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
* comunicare tempestivamente alla Dirigente scolastica eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Si allegano 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 ………………………………………………………………………….

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

**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 n. 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. n. 196/2003

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

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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