Alla Dirigente scolastica

dell’Istituto Comprensivo Statale

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

**Oggetto**: **Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico**

\_\_l \_\_ sottoscritt\_\_ ……………………………………………………………in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) …………………………………………(Nome)……..…………………………………..

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

la Scuola : dell’Infanzia Primaria Secondaria

Classe ……………….. Sezione…………………… del plesso di ………………………………………..

**CHIEDE**

l’autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

\*\*\*Eventuale Delega

Il sig……………………….. di cui si allega atto di notorietà e accettazione dell’incarico alla somministrazione, è delegato a effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

A tal fine si allegano certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l’indicazione del farmaco e della durata della terapia, documenti di identità del genitore e del delegato.

In fede.

………………. Lì , …………….. Firma ……………………………………….

Numeri di telefono utili: Medico Curante …………………………………………….

Numeri 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. n. 196 del 30/06/03)**

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.n. 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'art. 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 …../…… 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

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

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