

Modulo 1: “RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO”

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI CHE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO NELL'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO – ART.2 DELLE RACCOMANDAZIONI MIUR DEL 25/11/2005 - 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 alla Dirigente scolastica)

Alla Dirigente Scolastica - I.C. “L. da Vinci” - CAVALLNO

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 di intesa tra l'USR Puglia e la Regione Puglia in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 20/12/2018
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 ai sensi del Reg UE/2016/279.

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*

(*) Alla luce delle disposizioni del Codice Civile in materia di filiazione (artt. 316, 337 ter e 337 quater) la richiesta, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata condivisa.

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: 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 lasciati 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.