Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI 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 al Dirigente scolastico)

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

_____ _____

(In caso di firma unica)
Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
Firma

_____

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.