MODULO 1: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di San Daniele del Friuli

I sottoscritti ……e……..…….. genitori dell'alunno/a ……frequentante la classe ……. della scuola…….…… nell'anno scolastico ……. vista la specifica patologia dell'alunno/a ……

RICHIEDONO

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella certificazione/prescrizione allegata, pertanto

AUTORIZZANO

☐ il personale docente e ATA della scuola alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato dal protocollo medico, sollevando lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto;

☐ il minore stesso all'auto-somministrazione del/i farmaco/i come indicato.

Allegano alla presente:

Certificazione/prescrizione redatta da PLS/MMG ……..……

Farmaco specifico …….……

Numeri di telefono utili:

PLS/MMG…….

genitori ……

Data ……

Firma padre ..…….

Firma madre…….

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 di aver informato e ottenuto l'assenso dell'altro genitore titolare di potestà genitoriale ai sensi e nel rispetto dell' art 316 e segg del Codice Civile.

In fede

Data Firma

NB La certificazione \prescrizione del medico MMG, del PLS, del Medico specialista deve specificare:

1. *il nome e cognome e data di nascita dell'alunno;*
2. *la patologia dell'alunno;*
3. *l'evento che richiede la somministrazione dei farmaci;*
4. *le modalità di somministrazione dei farmaci;*
5. *la dose da somministrare;*
6. *gli eventuali effetti collaterali;*
7. *le modalità di conservazione dei farmaci;*
8. ***la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti 4,5,6.***

I dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. , che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 e al nuovo regolamento GDPR europeo Ue 2016/679.