Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

RICHIESTA Dl AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE Dl FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA

SOMMINISTRAZIONE Dl TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE Dl SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

AI Dirigente Scolastico …………………………………………….

i/ilsottoscritto/i………………………………………………………………………genitore/dell’alunno/a……………………………………………………………………residente in via…………………………………………………. frequentante la classe…………. del Liceo “A.Vallone” nell'anno scolastico……………..

vista la specifica patologia dell'alunno preso atto del protocollo esistente tra in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data ……………………….. 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 e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 ( i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal………………………………………………

• Consegna farmaco specifico alla scuola ………………………………….

Consegna farmaco specifico alla scuola …………………………………………………………

Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco es. custodito nello zaino)………………………………………………………………

Contestualmente autorizza/no:

1. il persona!e scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata



prescrizione medica di cui al Modulo 3;

1. 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

………………………………………………………………………………………..

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. ……………….  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, verificherà la data di scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.