

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO
PALENA – TORRICELLA
PELIGNA

Modulo Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

I sottoscritti _____
in qualità di

- ☐ Genitori
- ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____

la Scuola _____ Plesso di _____ classe _____

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a è affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- di accedere alla sede scolastica per somministrare, personalmente o tramite _____ da noi incaricato, il farmaco _____ (nome del farmaco) al proprio/a figlio/a come da Certificazione medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità della ASL;

oppure

- che al proprio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione del farmaco _____ (nome del farmaco) in orario scolastico come da Certificazione medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di comunità della ASL consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

oppure

- che al proprio/a figlio/a sia somministrato il farmaco _____ (nome del farmaco) in orario scolastico come da Certificazione medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di comunità della ASL consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

oppure

- che al proprio/a figlio/a sia somministrato il farmaco _____ (nome del farmaco) in orario scolastico in caso di urgenza come da Certificazione medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di comunità della ASL consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni specifiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Di conseguenza (solo nei casi 2, 3, 4)

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente individuato, al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni specifiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica, all'assistenza/ somministrazione (*cancellare la voce non interessata*) del farmaco come indicato, **esonero la scuola da ogni responsabilità civile e penale per danni derivanti da tale atto.**

Allegano, a tal fine :

- il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del/i farmaco/i indispensabile/i con indicazione specifiche sulla posologia, sulle modalità di somministrazione e di conservazione, con la dichiarazione che i suddetti farmaci possono essere somministrati da personale non sanitario.

Acconsentono inoltre al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del nuovo Regolamento europeo sulla privacy del 2016 (i dati sensibili sono quelli idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Dichiarano infine di provvedere:

- alla fornitura, all'adeguamento, rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi;
- al rinnovamento della documentazione al variare della posologia e a ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché alla comunicazione tempestiva dello stato di salute dell'alunno/a, della necessità di modifica e/o sospensione del trattamento affinché il personale scolastico possa adeguatamente essere informato e formato e procedere alla necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante: _____

Genitori: _____

In fede.

Data,

Firme

.....
.....