Allegato A Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO:** Richiesta di somministrazione/autosomministrazione di farmaco salvavita e autorizzazione all’accesso del genitore ai locali scolastici (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ................................................................... ...................................................................... genitori di .....................................................nato a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via....................................................................................................................

n. ….......frequentante la classe ............... della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado plesso scolastico. …………………………………….......essendo il minore affetto dalla seguente patologia .........................................................................................................e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili previsti dal Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci salvavita, in caso di urgenza dovuti al seguente evento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**(oppure)**

□ Qualora l’alunno/a non sia in grado di autosomministrarsi il farmaco, i sottoscritti genitori richiedono di poter accedere ai locali scolastici per procedere personalmente alla somministrazione, in accordo con la Dirigente Scolastica.

Firma del padre: .......................................................................................................................................................
Firma della madre: ...................................................................................................................................................

□ Che l’alunno/a, essendo stato adeguatamente addestrato, possa autosomministrarsi il farmaco salvavita secondo le modalità indicate nel Piano terapeutico, sotto la responsabilità dei genitori.

Firma del padre: .......................................................................................................................................................
Firma della madre: ...................................................................................................................................................

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Dirigente Scolastica, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Privacy policy

Con la presente clausola l’Istituto "\_\_\_\_\_\_\_\_\_" di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’Istituto Comprensivo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Genitori........................................................................................cell/abitazione......................................................

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ....................................................................................... cell/studio……..................................................................

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento………………………………………………………tel.…………………………………

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma del padre: .......................................................................................................................................................

Firma della madre: ...................................................................................................................................................