(Allegato 1 - Modulo di Richiesta)

MODULO DI RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione
Scuola/Istituto Comprensivo
Nome…….
Via……
Località…….Provincia……

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..……..

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).…….....

nato a ……il…….

residente a ……..in Via…….……

che frequenta la classe …… sez ……

della Scuola …….....

sita in Via …… Cap …….....

Località …….prov. …….

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Autorizzazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale)……..... personalmente o tramite ……. da me incaricato

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Autorizzazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale)…….....
consapevole che il il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Autorizzazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome commerciale)…….....
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

_____

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data_____

_____

Firma[1] di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

[1]Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/'06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.