

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
I.C. TROFARELLO
Prof. Rosario Carmelo Catanzaro

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
DA PARTE DEL GENITORE O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ' GENITORIALE**

Il/la sottoscritto/a.....
in qualità di Genitore o Soggetto che esercita la potestà genitoriale
e il/la sottoscritto/a.....
in qualità di Genitore o Soggetto che esercita la potestà genitoriale
di.....(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a..... il.....
frequentante nell'anno scolastico/..... la classe/sezione
della Scuola..... di questa Istituzione Scolastica

- Essendo il minore affetto da.....e constatata l'assoluta necessità, **CHIEDONO** la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data..... dal Dott.
- Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, **SOLLEVANO** lo stesso personale da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (i dati saranno trattati esclusivamente per il fine per cui sono richiesti e per il tempo necessario - principio di pertinenza e principio di non eccedenza).
- ALLEGANO** certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario.
- AUTORIZZANO** il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/farmaci come indicato.

Luogo data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante Dott.....

Tel. madre.....

Tel. padre.....

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico
I.C. TROFARELLO
Prof. Rosario Carmelo Catanzaro

RICHIESTA/DELEGA

Il/la sottoscritto/a.....
in qualità di Genitore o Soggetto che esercita la potestà genitoriale
e il/la sottoscritto/a.....
in qualità di Genitore o Soggetto che esercita la potestà genitoriale
di.....(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a..... il.....
frequentante nell'anno scolastico/..... la classe/sezione
della Scuola..... di questa Istituzione Scolastica

CHIEDONO a codesto Istituto:

- di autorizzare il seguente personale scolastico
cognome e nome qualifica
1).....
2).....
3).....
4).....
a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;
- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti, con la presente, **delegano** formalmente il personale scolastico (o dell'agenzia formativa in elenco) all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento e **sollevano** lo stesso personale da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento 679/2016.

In fede (firma padre).....
(firma madre).....

Luogo.....data.....

Numeri di telefono utili:

Genitore (padre).....

Genitore (madre).....

Altri numeri utili.....

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico
I.C. TROFARELLO
Prof. Rosario Carmelo Catanzaro

**CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD
USO CRONICO E/O DI EMERGENZA IN AMBITO SCOLASTICO.**

Il minore (cognome).....(nome).....
nato il.....a.....
residente a.....in via.....
affetto dalla seguente patologia:

.....

Necessita di:

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

1. **nome commerciale del/dei farmaco/i**
.....
2. **modalità di somministrazione** (orari, dose, via di somministrazione).....
.....
3. **durata della terapia**.....
4. **modalità di conservazione del/i farmaco/i:**
.....
.....

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare **sintomatologia**, indicare i sintomi:

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

- E' prevista l'**auto somministrazione** dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

La definizione di un piano di assistenza è richiesta per:

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

Luogo.....data.....

Timbro e firma del medico