RICHIESTA PER **AUTO-SOMMINISTRAZIONE** DI FARMACI

IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori o tutori dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo – CREAZZO

I sottoscritti: …………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………….……………..……

 ………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………

**🖵**  **GENITORE/I**  **🖵 TUTORE/I**

dell’alunno/a ……………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..

nato/a il ……………………………………………… a …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………

frequentante il Plesso …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..…………………………….… classe ……………… sez. ………………

DICHIARANO che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da: …..………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

(patologia presentata dall’alunno/a per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

e, constatata l’assoluta necessità, CHIEDONO che il/la proprio/a figlio/a si **auto-somministri** la terapia farmacologica, sotto la sorveglianza del personale della Scuola, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data ……………………………………………… dal dott. …..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… – città …..…………………………………………………………………………………….……………………………… tel. ……………………………………………………… cell. ………………………………………………………

DICHIARANO di aver istruito adeguatamente il/la proprio/a figlio/a sulla auto-somministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un’abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia, AUTORIZZANO il/la proprio/a figlio/a a custodire personalmente il farmaco e sollevano nel contempo la Scuola da ogni responsabilità civile e penale rispetto all’autosomministrazione.

Sono a conoscenza che la certificazione medica presentata alla Scuola ha validità per l’anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso se necessario.

Avranno cura di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento/sostituzione del farmaco in relazione alla scadenza dello stesso.

Allegano il certificato medico attestante le condizioni di salute dell’alunno/a come dichiarate nella presente, corredato dalla prescrizione del farmaco con chiaramente specificati:

* nome commerciale del farmaco;
* descrizione dell’evento che ne richiede la somministrazione;
* posologia e modalità di somministrazione;
* modalità di conservazione;
* luogo di conservazione.

CONUNICANO i seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1° NUMERO:** |  | **3° NUMERO:** |  |
| **2° NUMERO:** |  | **4° NUMERO:** |  |

ACCONSENTANO al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento generale per la protezione dei dati (GDPR), del D.LGS 30 giugno 2003 N. 196 così come modificato dal D.LGS. 10 agosto 2018 N. 101: **🖵** **SI 🖵 NO**

Creazzo, ………………………………………………………………………… Firma del/dei genitore/i o del/dei tutore/i

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….