

Modulo A: “ RICHIESTA DEL GENITORE AL D.S.”

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

Il/i sottoscritto/i.....genitore/i – tutore/i
dell’alunno/a.....nato/a.....il.....
residente a in via.....
frequentante la classe/sezionedella Scuola.....
nell’anno scolastico.....
Vista la specifica patologia dell’alunno/a preso atto del
protocollo esistente tra....., in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato
in data..... constatata l’assoluta necessità

Chiede/ono

La somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data..... dal Dott.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui
si autorizza fin d’ora l’intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg. UE/2016/279 (i dati sensibili sono i
dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

- Allega prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal
.....
- - Consegna farmaco specifico alla scuola
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)
.....

Contestualmente autorizza/ono

- a) Il personale scolastico identificato dal D.S. alla somministrazione del farmaco, secondo
l’allegata prescrizione medica;
- b) La possibilità che lo stesso si auto – somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico,
l’allegata prescrizione medica;

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....
.....

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel.Tel.cell

Genitori: Telefono fisso Tel. Cell.

Tel. di

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.