

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO**

ANNO SCOLASTICO .....

I sottoscritti.....

genitori/tutori dell'alunno/a.....

frequentante la classe/sezione..... della scuola infanzia/primaria/secondaria di 1° grado.....

**RICHIEDONO**

la somministrazione all'alunno/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da certificato medico allegato, redatto dal Dott. .... in data ....., fino al ..... dell'anno scolastico in corso nella seguente modalità:

- l'alunno/a si auto-somministra la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da certificato medico allegato, in quanto è in grado di provvedervi da sé, esimendo la scuola dal provvedere a tale somministrazione;
- un genitore accede ai locali scolastici per provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco, come da prescrizione medica allegata, in quanto è in grado di provvedervi, esimendo la scuola dal provvedere a tale somministrazione;
- il personale scolastico provvede alla somministrazione della terapia farmacologica, anche ricorrendo al supporto del servizio di emergenza (118/distretto ASL 5, ...), e viene sollevato da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica medesima.

Al riguardo i genitori/tutori:

- si impegnano a fornire all'Istituto Scolastico i farmaci prescritti al proprio figlio/a per effettuare la terapia farmacologica in ambito scolastico, garantendo sempre la presenza nell'Istituto Scolastico di una scorta non scaduta sufficiente a soddisfare le somministrazioni prescritte dei farmaci medesimi;
- si impegnano a comunicare immediatamente per iscritto ogni eventuale variazione del piano terapeutico;
- dichiarano di sollevare l'Istituto Scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

**In caso di emergenza verrà allertato il servizio di emergenza (118/distretto ASL 5) e saranno avvisati i genitori.**

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/697 il trattamento dei dati personali ed in particolare quelli sensibili sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona. I sottoscritti, acquisite le informazioni dal titolare del trattamento, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Data \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_ Il genitore unico firmatario: \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

**Note:**

La richiesta di somministrazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la validità specificata nella richiesta stessa ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

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

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Va allegata alla presente richiesta la certificazione medica che dovrà riportare:

- diagnosi della malattia (di cui devono essere descritti i sintomi);
- i nomi commerciali dei farmaci, i dosaggi, le modalità e i tempi di somministrazione (in caso di comparsa di episodi acuti) e la durata prevista della terapia;
- comportamenti da tenere nel caso in cui i farmaci non dovessero risultare efficaci.