



COESIONE
ITALIA 21-27
SCUOLA E
COMPETENZE



Cofinanziato
dall'Unione europea



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Istituto Comprensivo "Armando Diaz" Vernole e Castri di Lecce

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado

Via della Repubblica s.n.c. - 73029 Vernole (LE) - Tel. 0832892032
e-mail: leic85600e@istruzione.it - PEC: leic85600e@pec.istruzione.it - Sito web: www.icvernole.it

Al Dirigente
Scolastico Istituto
Comprensivo
Statale "A.DIAZ"
Vernole e Castri
A.S. ____/____

Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Il/i sottoscritto/i _____

genitore/i – tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ frequentante la classe /sezione _____ della scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del Protocollo di intesa tra l'USR Puglia e la Regione Puglia in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 20/12/2018
consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie;
considerata la certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di pediatria dell'Azienda USLdal Dott.
in data; constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica e piano terapeutico rilasciati 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.
Acconsente/ono al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg UE/2016/279.

SI

NO

- Allega/ano Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____

- Consegna/ano 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 Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;
- b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Esprime/ono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e/o assista l'alunno all'auto-somministrazione e solleva/ano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà cura della famiglia provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà cura della famiglia, 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, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Data _____

**FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria
potestà**

(In caso di firma unica)

Il/la sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la 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.

Firma

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ **Cellulare** _____

Genitori: Telefono fisso _____ **Tel. Cellulare** _____ **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.