

## Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE"

### 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)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. "TOMMASON-ALIGHIERI"  
LUCERA

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, frequentante la  
classe/sezione \_\_\_\_\_ a.s. 202\_\_/202\_\_ della Scuola:

- dell'Infanzia  
 Primaria  
 Secondaria di 1° grado

- vista la specifica patologia dell'alunno/a \_\_\_\_\_
- preso atto del protocollo esistente tra Regione Puglia, ASL e Ufficio Scolastico Regionale, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 14/09/2021 prot. 0004837
- Visto il Regolamento d'Istituto per la somministrazione dei Farmaci
- constatata l'assoluta necessità

#### CHIEDONO

- la somministrazione in ambito 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 del farmaco alla Scuola \_\_\_\_\_
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco dove è custodito il farmaco - es. custodito nello zaino) \_\_\_\_\_

#### Contestualmente

#### AUTORIZZANO

- 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 le stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al **Modulo 3**;

Lucera, \_\_\_\_\_

FIRMA dei genitori di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:	
padre	telefono cellulare.....
	telefono fisso.....
madre	telefono cellulare.....
	telefono fisso.....
medico curante	telefono cellulare.....
	telefono fisso.....

**Note:**

- La richiesta/autorizzazione va consegnata all'Ufficio di Segreteria.
- Essa ha validità specifica della durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico.
- 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.
- Il rinnovo annuale o periodico della richiesta di somministrazione è a cura esclusivo della famiglia.
- 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.