**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 SOMMINISTRAZINE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI.**

(da compilare a cura dei genitori dell’alunno)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “TOMMASONE-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 a scuola, dove il minore lo custodisca - es. custodito nello zaino) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contestualmente**

**AUTORIZZANO**

1. il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al **Modulo 3**;
2. 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 o 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.