

## **Allegato 1: “RICHIESTA DEL GENITORE/TUTORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ”**

### **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI**

(da compilare a cura dei genitori/tutore dell’alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

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 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 Dr. \_\_\_\_\_

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 D.Lgs. 196/03 ( 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)

Data \_\_\_\_\_

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. \_\_\_\_\_ Tel. cellulare .....

Genitori/tutore: 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 scuola, d’intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto

Protocollo completo reperibile sul sito dell'UST – il resto della modulistica va compilata dal pediatra o dal medico di base dell'alunno/a e presentata in segreteria o inviata via mail con allegato documenti di riconoscimento.