

Circolare Somministrazione farmaci
Allegato 8
PROSECUZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente scolastico
I.C. "Mazzarrone – Licodia Eubea"

Oggetto: Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (Contiene dati sensibili)

I sottoscritti e in
qualità di

- ☐ genitori
- ☐ soggetti che esercitano la potestà genitoriale

di (*cognome e nome*) nato/aa il.....
frequentante la classe della

- ☐ Scuola dell'Infanzia
- ☐ Scuola Primaria
- ☐ Scuola Sec I grado

essendo il minore affetto dalla seguente patologia

- o avendo inoltrato nel decorso anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
- o considerato che nel corrente anno scolastico il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata

i sottoscritti chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'a.s.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno 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.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.).

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

In caso di sottoscrizione da parte di un solo genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del richiedente

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore/ tutorecell/abitazione.....
- Genitore/ tutorecell/abitazione.....

- Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
- cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare

- nome dello specialista e la struttura di riferimento
- tel.....