**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico IC Santo Stefano di Camastra (ME)**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(*Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S. insieme all’Allegato 2*)

**Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la responsabilità genitoriale in qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| **PADRE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MADRE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TUTORE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

**CHIEDE/CHIEDONO**

Essendo il minore effetto da ….......................................................................................... e constatata l'assoluta necessità

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALUNNO/A** |  | | |
| Cognome |  | | |
| Nome |  | | |
| Luogo e data di nascita |  | | |
| Codice fiscale |  | | |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  | | |
| Iscritto alla classe |  | | |
| settore | infanzia | primaria | Sec. I grado |

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da **allegata autorizzazione medica** rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott. ………………………………………………........................................................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e s.s.mi., GDPR 2016/679 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Data ……………………….

*"Il sottoscritto, 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 scelta/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”*

#### padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

* stato di malattia dell'alunno
* prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
* l'assoluta necessità;
* la somministrazione indispensabile in orario scolastico
* la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;1
* la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

* nome cognome dello studente;
* nome commerciale del farmaco;
* descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
* dose da somministrare;
* modalità di somministrazione del farmaco;
* i possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli
* modalità di conservazione del farmaco;
* durata della terapia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S. insieme all’allegato 2)

**Il/la/i sottoscritto/a/i esercente/i la responsabilità genitoriale in qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| **PADRE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MADRE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TUTORE** | **ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE** |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  |
| Recapiti telefonici (fissi e/o cell.) |  |
| Mail per comunicazioni |  |

**CHIEDE/CHIEDONO**

Dati del figlio/a

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALUNNO/A** |  | | |
| Cognome |  | | |
| Nome |  | | |
| Luogo e data di nascita |  | | |
| Codice fiscale |  | | |
| Indirizzo (via, n. civico, città, provincia) |  | | |
| Iscritto alla classe |  | | |
| settore | infanzia | primaria | Sec. I grado |

Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da **allegata autorizzazione medica** rilasciata in data ................. dal dott. …...........................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ................................ il ........................

*"Il sottoscritto, 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 scelta/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”*

#### padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

* stato di malattia dell'alunno
* prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
* l'assoluta necessità;
* la somministrazione indispensabile in orario scolastico
* la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;1
* la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

* nome cognome dello studente;
* nome commerciale del farmaco;
* descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
* dose da somministrare;
* modalità di somministrazione del farmaco;
* i possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli
* modalità di conservazione del farmaco;
* durata della terapia.