**Allegato A Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. “Spedalieri-Castiglione”**

**BRONTE (CT)**

**OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaci.**

I sottoscritti ................................................................... .................................................... genitori di .................................................nato a.........................................il................................residente a....................................in Via .................................................................... n…...frequentante la classe/sezione..........della Scuola dell’Infanzia/Primaria/S.S.P.G. plesso scolastico ……………………………………..................... essendo il minore affetto dalla seguente patologia .............................................................…................. e constatata l’assoluta necessità, con la presente

**chiedono**

□ di poter accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco al proprio/a figlio/a;

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati, in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i **farmaci indispensabili** previsti nel Piano terapeutico allegato;

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati, in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato;

□ che il/la proprio/a figlio/a **si autosomministri**, in orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ............................dal Dott/ssa.................................................................

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 o da autosomministrazione 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 a comunicare tempestivamente, 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 sanitari del 118.***

# Privacy policy

*Con la presente clausola l’I.C. “Spedalieri-Castiglione” di Bronte (CT) dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’I.C. “Spedalieri-Castiglione” di Bronte (CT) dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, Prof.ssa Biagia Avellina.*

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

..................................................................................

..................................................................................

**NUMERI DI TELEFONO UTILI:**

Genitori............................................................................................................................cell/abitazione.......................................................

Pediatra di libera scelta/Medico di Medicina Generale…………................................................. cell/studio…….…….............................

Se seguito/a presso Centro Specialistico, indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento………………..………………………………………………………tel.……………………..………………………………