

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico – Uffici di Segreteria)

Al Dirigente dell'I.C. "L. Verni" di Fogliano - Redipuglia

I sottoscrittie
Cognome e Nome Cognome e nome

in veste di : genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a.....frequentante la classe

della scuola:.....sita in via.....

del Comune di

essendo il minore affetto da:

Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDE/CHIEDONO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale²

che il minore, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in ambito e orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data:.....dal Dott.....

Sono consapevole che, il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario e sollevano da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale scolastico.

Si impegnano a 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. Si impegnano altresì a provvedere 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.

Autorizzano il personale della scuola ad avere contatti con il medico che ha prodotto la certificazione per avere ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare

Acconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del GDPR 2016/679.

Fogliano-Redipuglia, _____

Firma del genitore di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitori: _____

² Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.