All. 1
AL DIRIGENTE SCOLASTICO

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Noi/Io sottoscritti/o _____
in qualità di □ genitori/e □ chi esercita la responsabilità genitoriale
dello studente _____
oppure
Io sottoscritto _____
in qualità di □ alunno maggiorenne

nato a _____il ___/___/_____/CF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante:

- □ scuola dell'Infanzia _____
- □ scuola primaria _____
- □ scuola secondaria di primo grado _____
- □ scuola secondaria di secondo grado _____

classe _____ Sez. _____

sito/a a_____ in Via_____

essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) Dr._____ nell'allegata prescrizione redatta in data_____
sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a al sottoscritto maggiorenne dal personale della scuola
oppure
che mio/a figlio/a/ il sottoscritto maggiorenne si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

DICHIARANO/DICHIARO di

- Essere consapevoli/e che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- Autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco o ad assistere l'alunno secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità
Medico Prescrittore: Dr. _____tel. _____
Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma_____ Data_____ Firma _____

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), **dichiaro** di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa disponibile sui siti istituzionali di ciascuna delle Parti Titolari autonome coinvolte nel presente Protocollo, ciascuna per quanto di propria competenza e in relazione alle specifiche finalità perseguite.
Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate nell'ambito del presente Protocollo, secondo quanto previsto dalle rispettive informative pubblicate dalle Parti Titolar