*Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico -Richiesta alla scuola*

Allegato 1



**Istituto Comprensivo “47° Sarria –Monti”**

Via Bernardino Martirano n° 7 – 80146 Napoli - tel. 0815725591

cod.mecc.:NAIC8BZ00L; C.F.:95170490635; Codice univoco ufficio: UFF0K0;

PEO: NAIC8BZ00L@ISTRUZIONE.IT; PEC: NAIC8BZ00L@PEC.ISTRUZIONE.IT;

sito web: www.ic47sarria-monti.edu.it

**RICHIESTA ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA**

I sottoscritti .................................................................. e …………………………………….…………………

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ............................................................................ frequentante la sezione/classe.............................. della scuola........................................................................

nell'anno scolastico...........................,affetto/a da………………………………………………………………

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data …..………..dal Dott…………………………………………...

**CHIEDONO**

(Barrare la voce che interessa)

🞏 di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

🞏 che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

🞏 A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)

🞏 B. L’affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto

somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679

**Si consegnano n………….... confezioni integre, Lotto………..…….… scadenza……..……………………**

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

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

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri utili:

Telefono fisso ……………………………… ……………………………… ………………………….

Telefono cellulare ……………………………… ……………………………… ………………………….

Telefono Medico curante Dott. ………………… ……………………………… …………………………

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata alla Dirigente Scolastica.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.