

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O DI AUTOSOMMINISTRAZIONE

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO/A
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti _____

genitori /esercitanti la potestà genitoriale dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n° _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____ n° _____,

Essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a studente/paziente dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

- Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco salvavita previsto dal Piano terapeutico **a sostegno delle funzioni vitali, in attesa dell'intervento degli operatori del 118**, anche da parte di personale adulto non sanitario ed al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni/competenze specifiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all'orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco) e **sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.**

- Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)*
 - SI
 - NO

- Si autorizza il proprio figlio/a all'autosomministrazione della terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Si allega la prescrizione del Medico di Medicina Generale

Pediatra di libera scelta

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/ Medico curante _____
- Genitori/esercitanti la potestà genitoriale _____

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

Inoltre, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

***Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto "A. Volta" di Floridia 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'Istituto Comprensivo "A. Volta" di Floridia 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, dott. Ssa Clorinda Coppa.

Floridia, li _____

Firma dei genitori o esercitanti la patria potestà
