**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da inviare al D.S. alla mail rmic8a100a@istruzione.it specificando nell’oggetto “SOMMINISTRAZIONE FARMACO ALUNNO XXX PLESSO XXX CLASSE XXX”)

I sottoscritti .................................................................... ..................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il .............. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore affetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott. …...........................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

**CHIEDONO** (barrare la voce che interessa)

* di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
* di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del documento d’identità del delegato)
* di individuare, tra il personale scolastico, 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:
	+ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
	+ L’affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n…………………. confezioni integre del farmaco denominato ………………………………………………………. Lotto ………………………. Scadenza …………………………. E relativa prescrizione medica**

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... ........................................

Altri ……………………………………………………………………………………..

**Nota Bene**

1. **La richiesta/autorizzazione va inviata al Dirigente Scolastico**
2. **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.**
3. **I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezioni integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.**