Al Dirigente Scolastico

 S.S. di I G. “L. MURIALDO”

 Via Ordona Lavello, s.n.c.

 71121 - Foggia

**Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI**

Il/I sottoscritto/i .................................................................................................................................. genitore/i – tutore/i dell’alunno/a (cognome e nome) ....................................................................... nato/a a ............................................. il ..................... residente a ................................................. in via ..............................................................................., frequentante la classe/sezione ............. della S.S. di I G. “L. MURIALDO” sita a Foggia in Via Ordona Lavello, s.n.c., nell’anno scolastico 20……/20….

PRESO ATTO del protocollo esistente tra Regione Puglia – ASL Foggia e U.S.R. Puglia, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 29 ottobre 2018.

CONSTATA l’assoluta necessità

CHIEDE/ONO

La somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data …………………….., dal/la Dott./ssa ………………………………………..

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento.

Acconsento/ono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

[SI] [NO]

Si allega prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal/la dott./ssa .…………………………………………………………………………

[…] Si consegna farmaco specifico alla scuola “Murialdo”

OPPURE

[…] Il farmaco è custodito nello zaino dall’alunno/a.

CONTESTUALMENTE AUTORIZZA/ONO

[…] Il personale scolastico identificato dal dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3.

OPPURE

[…] la possibilità che l’alunno/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 2. Si dichiara, pertanto, che **“il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”**

Foggia, il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà (allegare copia documento di riconoscimento)

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

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante tel. ……………………… tel. Cellulare ……………….…………….

Genitori Cellulare padre .......................................................

 Cellulare madre ………………………………………………….

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

NOTE

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha validità specifica dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d’uso.