|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **Istituto Comprensivo Statale “Archimede-La Fata”**Viale della Regione, 32 – 90047 Partinico – PA - Tel. 0918901303- Fax 0918909263 e-mail: paic8aw00b@istruzione.it – Cod. min. PAIC8AW00B – C.F. 80028840827 |

**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dott.ssa**

**Mariarosa Tarantino**

**Richiesta per la somministrazione**

**di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario e ambito scolastico (alunno/a minorenne)**

Il/la - I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore dello/a alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLI CHE**

* il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci,
* che qualora sia disponibile alla somministrazione del farmaco salvavita, **il personale individuato** viene sollevato dalla famiglia, da qualsiasi responsabilità civile e penale su eventuali effetti collaterali post somministrazione farmaci;
* VISTA la specifica patologia dell’alunno:

**CHIEDE**

□ che sia consentito l’accesso al sottoscritto o alle seguenti persone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari: lunedì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; martedì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Mercoledì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; giovedì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; venerdì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; ***oppure:***

□ che all’ alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sia somministrato il farmaco da personale scolastico appositamente individuato

□ che lo alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sia controllato durante l’autosomministrazione del farmaco come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. \_\_\_\_\_\_\_\_ di confezioni integre del farmaco necessario con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

I/Il sottoscritti/o si impegnano/a a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia. Per eventuali comunicazioni si consegnano n. di telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dai quali risponderà con certezza.

Ai fini del trattamento dei dati autorizzo il **trattamento dei dati personali** **e sensibili** contenuti nel presente modulo in base all'art. 13 GDPR 679/2016.

Partinico , li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**In fede**

Firma dei genitori/tutori

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

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