

Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO "

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA 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 (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Prof.ssa Alba Decataldo
Istituto Comprensivo "Massari Galilei"
BARI

Il /i sottoscritto/i _____ genitore/i -tutore/i dell'alunno/a
_____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____, frequentante la
classe/sezione _____ dell'I.C. Massari Galilei, plesso _____, nell'anno scolastico
_____, vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del protocollo esistente tra Regione Puglia, ASL e USR Puglia in materia di
somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 28/10/2018, constatata l'assoluta necessità
chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

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/no al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE 2016/279 (i dati sensibili
sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Allega/no prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal

Consegna/no farmaco specifico alla scuola _____

Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino):

Contestualmente autorizza/no:

- Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco,
secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;
- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico,
secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3.

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà _____.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata 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 vanno lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. La famiglia verifica la scadenza degli stessi, così da garantire la validità del prodotto d'uso.