**MODULO 2 - RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’ I.I.S. “Federico II”

di Apricena (FG)

**Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per auto-somministrazione di farmaci**

1.1 Il/la sottoscritto/a   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a

a   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

e

1.2 Il/la sottoscritto/a   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a

a   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**(dati di entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale, per famiglia monogenitoriale solo 1.1)**

ᴑ Genitore

ᴑ Esercente la potestà genitoriale

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICANO**

che il proprio figlio necessita di assumere il/i farmaco/i

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

in orario scolastico, come da certificazione medica allegata.

Pertanto, i sottoscritti:

a)   autorizzano il proprio figlio ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco

b)   sollevano il personale che assiste all’ auto-somministrazione, da  ogni responsabilità derivante dalla auto-somministrazione del farmaco stesso

c)   dichiarano che il proprio figlio è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco

d)   si rendono disponibili a concordare un eventuale incontro in cui definire  le modalità  di  intervento e a comunicare, anche  in corso d’anno, eventuali modifiche (ad es. tipo  di farmaco e dose) ricordando che il seguente modulo deve essere compilato sempre all’inizio di ogni anno scolastico

e)   acconsentono alla condivisione  di  un  protocollo di  intervento individuale tra scuola, famiglia e personale sanitario (pediatra...)

f) si impegnano a fornire il  farmaco  e  la  prescrizione  medica  (allegata alla presente)  recante  la  necessità e indispensabilità  di  eventuale  auto-somministrazione  a  scuola, con  posologia,  orario,  modalità

g) si impegnano a firmare un documento riportante data della consegna,  nome  del  farmaco  e  data di scadenza dello stesso, quantità di farmaci  consegnati

h)  si impegnano a ricordare al personale scolastico, eventuali date di scadenza del farmaco

i) si impegnano a ricordare al personale scolastico (informa telefonica.  o  scritta) di  portare  con sé il farmaco in caso di uscite o viaggi di istruzione

j) acconsentono 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).  Nello specifico, l ’informazione sullo stato di salute del proprio figlio sarà comunicata anche al personale scolastico con nomina temporanea (eventuali supplenti di docenti o di collaboratori scolastici o esperti esterni …).

Numeri di telefono utili:

medico curante:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori/es. potestà genitoriale

1.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale**