

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....
n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/Secondaria I grado plesso
scolastico.essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata
l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario resosi disponibile, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato redatto in data ___ / ___ / ___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario resosi disponibile, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato redatto in data ___ / ___ / ___ dal dott./dott.ssa _____;

I sottoscritti dichiarano, ai sensi del D.P.R.445/2000, di esprimere il consenso affinché il personale della scuola resosi disponibile e individuato dal Dirigente, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e dichiarano, altresì, di sollevare l'Istituzione Scolastica e il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita richiesta da parte dei genitori.

I sottoscritti dichiarano, ai sensi del D.P.R.445/2000, di autorizzare il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112 e dichiarano di sollevare l'Istituzione Scolastica e il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.

I sottoscritti dichiarano di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali/sensibili del proprio/a figlio/a per tutto quanto relativo e collegato alla gestione della presente procedura ai sensi del GDPR - Regolamento 2016/679 e del D.Lgs.101/18.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Numeri di telefono utili che possono eventualmente essere forniti:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Belpasso, _____

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DELLA MADRE _____

FIRMA GENITORE UNICO FIRMATARIO*

*Il genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR445/222, dichiara di avere sottoscritto la suddetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 326,337 ter e 337 quaterc.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la stessa sia condivisa da entrambi i genitori.