

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO secondo il PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA, prot. n. 19593.13-09-2017

I sottoscritti, genitori / esercitanti la potestà genitoriale dell'alunn_:

_____ nato il _____
residente a _____ in via _____,
frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____,
poiché il minore è affett_ da _____,
constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/ **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola.**

Autorizzano contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

oppure, in alternativa,

che mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica prescritta in data _____ in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico.

AUTORIZZANO

il personale scolastico a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico.

Dichiarano:

- di essere consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile non possiede né competenze né funzioni sanitarie;
- di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco;
- di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito dell'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Data, _____

Firma dei Genitori
(o esercenti la potestà genitoriale)

Nel caso di firma di **un solo genitore**, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data, _____

Firma del genitore _____