

**OGGETTO: prosecuzione della somministrazione/autosomministrazione di farmaci**

I sottoscritti .....  
genitori/responsabili genitoriali di .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via..... n.....  
frequentante la classe ..... della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado, plesso  
scolastico .....  
avendo inoltrato al Dirigente scolastico dell'I.C. di Casier, nell'anno scolastico .....,  
formale richiesta per la somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;  
considerato che nel corrente anno scolastico ..... il/la proprio/a figlio/a necessita  
della somministrazione/autosomministrazione di farmaci;  
considerato che la terapia e le modalità di somministrazione/autosomministrazione non sono mutate e  
rimangono quelle indicate nella prescrizione medica, rilasciata in data .....  
dal dott./dott.ssa.....

**CHIEDONO**

*(scegliere una delle seguenti opzioni)*

- la prosecuzione della somministrazione di farmaci per il corrente anno scolastico.
- la prosecuzione dell'autosomministrazione di farmaci per il corrente anno scolastico.

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/autosomministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, 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/autosomministrazione, così come ogni variazione delle necessità di somministrazione/autosomministrazione e/o la sospensione del trattamento.

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

Nel caso di somministrazione di farmaci, i sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dalla prescrizione medica e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci, purché effettuata in ottemperanza alla prescrizione medica.

I sottoscritti autorizzano 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.

**Privacy policy**

Con la presente clausola l’Istituto Comprensivo di Casier dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’Istituto Comprensivo di Casier dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del D.Lgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico dott.ssa Stefania Nociti.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03.

Luogo e data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

**Numeri di telefono utili:**

Genitori/responsabili genitoriali .....

cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/Medico di Medicina Generale .....

cell/studio.....

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

..... tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....