

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori/tutori di
..... nato a il
residente a in via n.
frequentante la classe sez. plesso della Scuola
sita a Via n essendo il minore
affetto da e constatata l'assoluta necessità, con la presente

- ☐ Consapevole/i del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
☐ in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL /dal Dott ,
in data/...../..;

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia (segnare una sola casella)

- ☐ di poter accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a
☐ che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico (oppure)
☐ che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprime il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico in attesa dell'intervento degli operatori del 118 e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

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

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché 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.

Numeri di telefono:	Famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e all'art. 13 GDPR 679/16.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....