



Istituto Comprensivo MANZONI-RADICE

Piazza Di Vagno, 8 - 71036 Lucera (FG) tel. 0881540039 fax 0881540039
e-mail: fgic827004@istruzione.it fgic827004@pec.istruzione.it
Cod.Istituto: FGIC827004 cod.fisc. 91010790714
Sito web: www.manzoni-radice.edu.it

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEI GENITORI/TUTORI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. MANZONI-RADICE
LUCERA

Il/I Sottoscritto/i _____
Genitore/i – tutore/i dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
_____ frequentante la classe/sezione _____ della Scuola _____
_____ nell'a.s. _____

vista la specifica patologia dell'alunno/a _____
preso atto del Protocollo di Intesa esistente tra Regione Puglia/ ASL/MIUR –USR Puglia in materia di somministrazione di farmaci a scuola e constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Allega prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____

Consegna farmaco specifico alla scuola _____ -

Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino) _____

Contestualmente autorizza/ono:

Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica;

La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica;

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico curante: tel _____ tel. Cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. Cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.