**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’ISC Fracassetti Capodarco di Fermo**

**Dott.ssa Simona Flammini**

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti (Cognome e Nome)..…………………………..……………………………………..

genitori/tutore dello studente (Cognome e Nome).………………………………...............................

nato a …………………………………………………il……………………………………………..

residente a ………………………..in via………………………………...…………………………..

che frequenta la classe … sez … della scuola ……...............................................................................

sita in Via ………………………………………………………………………… Cap …………......

Località ……………………………………………………………………………. prov. ……..…….

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

**CHIEDONO (barrare la scelta)**

**□** di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell’AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco ), personalmente o tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da me incaricato oppure:

**AUTORIZZANO**

**□** il personale dell’Istituto scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i, in orario scolastico, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

**□** Il minore stesso alla auto-somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate, come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell’AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco ).

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e/o ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, lo stato di salute dell’allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

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 dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

***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 118.***

**Privacy policy**

Con la presente clausola l’Istituto "G. Cestoni" di Montegiorgio 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 DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’Istituto Comprensivo "G. Cestoni" di Montegiorgio 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 DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott.ssa Simona FLAMMINI.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

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

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .................................................................cell/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.…………………………………

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Si allegano:

* + Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
  + Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.