**ALLEGATO A - RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. “Salerno V Ogliara”**

**SALERNO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori/Responsabili genitoriali dell’alunno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto

affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONSTATATANE L’ASSOLUTA NECESSITÀ,

**CHIEDONO**

DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE **AUTORIZZANO** CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALL’ALUNNO/A IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL’ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO.

### ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

**A tal fine si allega**:

* certificato medico attestante le condizioni di salute dell’alunno come dichiarate nella presente;
* prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d’urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
* dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia.

**Consegna:**

* Il farmaco per trattamento d’urgenza;
* Altro: ………………………………….

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs** 30-6-2003 n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.*

* **SI**
* **NO**

Data

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

**PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***In caso di firma di un solo genitore lo stesso sottoscrive contestualmente la seguente dichiarazione:***

*“Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s .m. i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale sul minore, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente autorizzazione, e ciò anche ai sensi degli artt. 316 – 335 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.*

*Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Recapiti telefonici utili:**

madre o responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

padre o responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_