Allegato 2A

Al Dirigente Scolastico
Istituto Tecnico Agrario A. TOSI
Codogno

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti ..... e .....

in qualità di genitori – affidatari - tutori dell'alunno/a .....

nato/a a .....il ..... , residente a .....

via .....frequentante la classe .....dell' Istituto Tecnico Agrario A. TOSI di Codogno (LO) nell'anno scolastico ..... affetto da..... ..... .constatata l'assoluta necessità chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal Dott. .....

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco
- ☐ far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra ..... identificabile con documento di identità .....
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente l'intervento. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
    - La vigilanza personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
    - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Consegnano n. ..... confezioni integre del farmaco denominato ..... Lotto ..... scadenza ..... e la relativa prescrizione medica. **(All. 1)**
Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore cha esercita la potestà genitoriale.

Luogo e data

.....

Firma genitori

_____

_____

RECAPITO telefonico
Cell Genitore1 ..... Cell Genitore 2 .....
Cell Medico curante ....

NOTE

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio dal nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione Integra verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata dalla terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.