Allegato 1

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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

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

frequentante la classe ............ della scuola...................................................................................................

nell'anno scolastico........................, affetto da……………………….........……………………………………....….

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………… dal Dott. …………………………………………………, che si allega alla presente

**CHIEDONO** (Barrare le voci che interessano)

* di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
* di accedere alla sede scolastica per la misurazione dell’indice glicemico a nostro/a figlio/a
* di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra ………………………………………………………….. (del/della quale si allega copia del documento di identità)
* di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin** **d’ora l’intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  + La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
  + L’affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n………… confezioni integre del farmaco denominato ……………………………………......,**

**Lotto ……………………… scadenza ………………………………. e relativa prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ................................ il ...................

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acconsentiamo 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 ai servizi di emergenza per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_/\_\_/\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Numeri di telefono utili:**  Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell …………………………..  Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell ………………………….  Tel. medico curante Dott. ....................................................................................... tel. ……………………… |

|  |
| --- |
| NB:  La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  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 del nuovo anno scolastico.  I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia. |