Allegato 2

ATTESTAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI GENITORI/ESERCENTI RESPONSABILITÀ GENITORIALE IN AMBITO SCOLASTICO

Al dirigente scolastico_____, dell'Istituto_____

- Il sottoscritto _____, nato a _____(___), il _____, residente a _____(___), indirizzo: _____
- la sottoscritta _____, nata a _____(___), il _____, residente a _____(___), indirizzo: _____

nella qualità di genitori (o soggetto che esercita la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____ nato/a il _____a (Luogo di nascita) _____ e frequentante nell'anno scolastico _____la classe (□ d'infanzia/□primaria/□ secondaria I grado /□ secondaria II grado) _____sezione____ della scuola_____

CHIEDE/ONO la somministrazione alla/o stessa/o di terapia farmacologica di continuità terapeutica/salvavita in ambito scolastico, come da Attestazione medica e Piano Terapeutico allegati rilasciati dal medico dott. _____, in data __/__/____

AUTORIZZA/ANO contestualmente:
□ il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico consapevole che tale procedura viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;
□ che mio/a o nostro/nostra figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Sarà mia/nostra cura provvedere a:

- fornire l'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato;
- rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente;
- documentare adeguatamente al dirigente scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono utili: medico curante _____, genitori/ esercente la responsabilità genitoriale_____

Privacy policy

Con la presente clausola i genitori/esercenti responsabilità genitoriale autorizzano, strettamente per le finalità riportate del documento, il trattamento dei dati personali

Luogo e Data, _____ Firma del/i genitore/i - esercente la responsabilità genitoriale

_____

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto "_____" di _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data, _____ Firma del dirigente scolastico _____

Note: La richiesta/autorizzazione 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 indicato, e viene 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 tutta la durata della terapia. Dopo la presentazione del documento, viene fissato, qualora ritenuto necessario dal dirigente scolastico, un incontro in presenza o da remoto con il personale docente e non della classe interessata, cercando di coinvolgere il numero maggiore di operatori e la presenza dei genitori. Viene stilato un verbale dell'incontro firmato dai presenti. Se necessario viene coinvolto un medico a cui spetta il compito di esporre, se necessario, chiarire o approfondire le procedure di somministrazione rispondendo ad eventuali dubbi e quesiti.