ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 1 "Francesco Morlacchi"

Via M.B. Valentini, 06123 Perugia (PG)

Tel. 07543639 Mail: PGIC85100Q@ISTRUZIONE.IT - PEC: PGIC85100Q@PEC.istruzione.it

Codice Fiscale: 94152390541 - C.M.: PGIC8510OQ - C.U.U.: UFUOK6

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti …… e ……. genitorI dell'alunno…… nato a …… il ……. frequentante la classe/sezione ……. plesso ……

CHIEDONO

□ Constatata l'assoluta necessità, la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da come da allegata autorizzazione medica rilasciata il _____ dal Dott. _____ (conforme a allegato B).

Autorizziamo, contestualmente, il personale scolastico, identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

□ La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata rilasciata il _____ dal Dott. _____ (conforme a allegato B).

□ Per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata il _____ dal Dott. _____, (conforme a allegato B). l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico per i sottoscritti e per le persone da noi delegate, delle quali alleghiamo delega e copia del documento di identità. Solleviamo la scuola da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

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

NB la prescrizione medica deve indicare chiaramente:

a) Posologia
b) Dettagliatamente in quali casi il farmaco debba essere somministrato, senza che sia possibile alcuna valutazione del personale scolastico
c) Modalità di conservazione del farmaco

Numeri di telefono utili:

pediatra di libera scelta/medico curante _____

genitori/tutori _____ _____

DATA.....

FIRME DEI GENITORI*

_____

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 1 "Francesco Morlacchi"

Via M.B. Valentini, 06123 Perugia (PG)

Tel. 07543639 Mail: PGIC85100Q@ISTRUZIONE.IT - PEC: PGIC85100Q@PEC.istruzione.it

Codice Fiscale: 94152390541 - C.M.: PGIC8510OQ - C.U.U.: UFUOK6

Note

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

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

---

*Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta di autorizzazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori. Qualora l'autorizzazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la richiesta sia stata condivisa.