## ALLEGATO B

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. LEONARDO DA VINCI

SETTALA/RODANO

## Oggetto: Somministrazione di farmaci a scuola - Richiesta

I sottoscritti:

(**padre**) nato a

prov. il residente a CAP

via n°

(**madre**) nata a

prov. il residente a CAP

via n°

in qualità di □ genitori □ tutori □ altro dell’alunno/a minorenne

 frequentante la classe sez.

della scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado dell’I.C. Leonardo da Vinci,

CHIEDONO

* che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o pediatra o specialista operante nel S.S.N.) nell’allegata prescrizione redatta in data **sia/siano somministrato/i al/alla pro- prio/a figlio/a dal personale della scuola** e contestualmente:
* autorizzano il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco consapevoli che lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie, sollevandolo da ogni responsa- bilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica;
* si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

# oppure

* che il/la proprio/a figlio/a **si autosomministri, con la supervisione del personale scolastico,** il/i far- maco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o pediatra o specialista operante nel S.S.N.) nell’alle- gata prescrizione redatta in data .

Medico Prescrittore:

dott./dott.ssa tel.

Familiare di riferimento:

cognome e nome grado di parentela tel.

cognome e nome grado di parentela tel.

I sottoscritti sono consapevoli che i dati personali e sensibili indicati saranno trattati ai sensi del D.Lgs 196/2005 e del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per i fini della presente richiesta per l’invio della documen- tazione ad A.S.S.T. e ad A.S.T., come previsto dal Protocollo d’Intesa per la Somministrazione di Farmaci a Scuola, sottoscritto da A.T.S. di Milano Città Metropolitana, A.S.S.T. Melegnano e Martesana e U.S.R.-A.T. di

Milano. Inoltre i sottoscritti acconsentono all’invio dei documenti all’A.R.E.U. (Azienda regionale Emergenza Urgenza) in caso di eventuali interventi in regime di urgenza.

Luogo e Data

Firma

Firma

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
* La validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
* In caso di cambio Istituto la richiesta deve essere ripresentata.
* I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia, limitatamente ad ogni singolo anno scolastico, nonché ritirati alla fine dell’anno scolastico se non assunti.
* Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
* Nel caso firmi un solo genitore, lo stesso dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la responsabilità genitoriale.