ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Bosco Summa Villa Somma VES. 3

Oggetto: **richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI PARTICOLARI)**

Il sottoscritto (padre)_____nato a_____il_____ La sottoscritta (madre)_____nata a_____il_____

genitori dell'alunno .....nato a ..... il .....

residente a ..... in via.....n.....

frequentante la classe/sezione……..... del plesso …….. essendo il minore affetto dalla seguente patologia .....

….....e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data___/___/____ dal dott./dott.ssa_____;

(oppure)

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data___/___/____ dal dott./dott.ssa_____; I sottoscritti dichiarano:

- di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- che autorizzano il personale della scuola resosi disponibile a somministrare il farmaco…… ……secondo le indicazioni del Piano terapeutico allegato in data……dal dr/dott.ssa……;
- che sollevano il personale incaricato alla somministrazione del suddetto farmaco da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso (e da conseguenze che potrebbero derivarne);
- che provvederanno alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e a documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione del Piano

Terapeutico, 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.
I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.
I sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Trattamento dei dati di tipo particolare ex. art. 7 Regolamento Europeo 679/2016
Con la presente clausola l'Istituto in qualità di Titolare del Trattamento dichiara che il trattamento dei dati personali e particolari da Lei forniti sarà effettuato in conformità alla normativa vigente e alle ss.mm.ii dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti; che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 e successivi.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 7 Regolamento Europeo 679/2016 **(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).**

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma padre_____

Firma madre _____

Numeri di telefono utili:

Genitori: Padre _____ Madre _____

cell/abitazione..... Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ..... cell/studio…….....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento……tel.……

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma padre_____

Firma madre _____