ALLEGATO 3

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

Oggetto: **Modulo richiesta di auto-somministrazione farmaci in orario scolastico**

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 ……..

DICHIARANO

che il proprio figlio/a _____

è affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

che venga autorizzato/a l'alunno/a ad auto-somministarsi in ambito ed in orario scolastico e sotto la sorveglianza di personale non sanitario, il seguente farmaco: _____ come da prescrizione medica rilasciata in data _____ dal dott.

_____

esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

DICHIARANO

1) Che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
2) Che l'alunno/a possiede capacità di gestione autonoma ed ha ricevuto opportuno addestramento per la auto-somministrazione del farmaco.
3) Di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei dati personali rilasciata dall'Istituto scolastico secondo quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 sull'Albo On-Line e sul sito web.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati particolari in relazione alle finalità di svolgimento di quanto sopra descritto e ne danno conferma barrando la voce interessata.

[SI] [NO]

Data_____

Firma dei genitori o dell'esercente potestà genitoriale

_____

_____ **allegare fotocopie documenti riconoscimento**

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

Medico curante: tel _____