**Allegato 1 Autorizzazione alla somministrazione/auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**Al Dirigente Scolastico dell’I.C.“Sauro-Giovanni XXIII”- Catania**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di

□ Genitori

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e frequentante nell'anno scolastico 2019/2020 il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

1. che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento;
3. Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
4. Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
5. Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
6. Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l’a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
7. Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118);
8. Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all’allegata prescrizione medica.

A tal fine:

**AUTORIZZANO**

* Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico **nell'allegato 2**, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
* Il minore stesso alla auto-somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

• Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria;

• Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altra persona esercente la patria podestà\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/2003

SI NO

NO

Catania,

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di altra persona esercente la patria podestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_