Istituto Paritario “Maria Ausiliatrice”
Piazza Libertà, 9 -21100 VARESE
Tel. 0332/291.712 – fax 0332/291.707
eMail: segreteria.liceo@scuolamariausiliatrice.net
webSite: www.scuolamariausiliatrice.com

Allegato 2

Alla Direttrice e alla Coordinatrice delle attività educative e didattiche
dell’Istituto Paritario “Maria Ausiliatrice”
Piazza Libertà, 9 -21100 VARESE

☐ Scuola dell’Infanzia /sezione Primavera
☐ Scuola Primaria
☐ Scuola Secondaria di primo grado
☐ Liceo delle Scienze Umane opzione Economico Sociale
☐ Liceo Scientifico sezione ad indirizzo sportivo

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Noi sottoscritti ___________________________________ e ___________________________________
genitori/tutori dell’alunno/a ___________________________________ nato/a il _____ / _____ / _____
a______________________________________ (____) Codice fiscale ___________________________
frequentante la classe _____ sez. ____ presso la Scuola “*MARIA AUSILIATRICE*”, che presenta la seguente patologia: ____ ed i seguenti sintomi:

ASMA ☐ SI ☐ NO
ALTRE SINTOMATOLOGIE ____
____

Considerata l’assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi nell’ambito dell’orario scolastico

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa ___________________________________
nell'allegata prescrizione redatta in data ______ / ______ / ______ , sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola. Contestualmente

AUTORIZZANO

☐ il personale scolastico identificato dalla Dirigenza alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica;
☐ il/la proprio/a figlio/a ad auto-somministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti.

Inoltre, si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

Come previsto dalla Normativa, allegano inoltre:

- Certificazione Medica attestante lo stato di salute dell'alunno/a
- PIANO DI INTERVENTO con la prescrizione specifica dei FARMACI da assumere, con le precise e idonee indicazioni per la conservazione, le modalità, la posologia e i tempi di somministrazione

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	**DOSE, FREQUENZA E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE**	**MODALITÀ DI CONSERVAZIONE**

Durata prevista della terapia ____

PERSONE DI RIFERIMENTO PER LE EMERGENZE

1. Il Sig./la Sig.ra ____

   Relazione con l'alunno/a ____

   Recapiti telefonici ____

2. Il Sig./la Sig.ra ____

   Relazione con l'alunno/a ____

   Recapiti telefonici ____

Si precisa che la somministrazione del/i suddetto/i farmaco/i è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin da ora l'intervento e si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e per gli effetti della Legge sulla tutela del trattamento dei dati ed alla protezione delle persone fisiche (D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016).
Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data: _______ / _______ / _______

Firma dei Genitori/Tutori ____________________________ ____________________________

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritirati a fine anno scolastico;
- nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione