**Allegato A** Al Dirigente Scolastico

 dell’I.C. Colozza

 CAMPOBASSO

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

Il sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo il minore affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e constatata l’assoluta necessità, con la presente

 **chiedono**

* 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 dottor./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 cosi 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 di 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 112**

**Trattamento dei dati di tipo particolare ex. art.7 Regolamento Europeo 679/2016**

Con la presente clausola l’Istituto Comprensivo “COLOZZA” di Campobasso in qualità di Titolare del Trattamento dichiara:

* che il trattamento dei dati personali e particolari forniti sarà effettuato in conformità alla normativa vigente e alle ss. mm .ii ;
* 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 si potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 e successivi.

I sottoscritti 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).**

 Siallega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

 Firma dei genitori o di chi esercita la propria 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

 Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

 Firma padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_