**Modulo 1**

**RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico
I.C. “Di Vittorio – Padre Pio”
71042 Cerignola

Il/i sottoscritto/i ____________________________________________________________________
genitore/i – tutore/i dell’alunno/a ____________________ nato a _______________il _________
residente a _________________ in Via ______________________, frequentante la classe/sezione ____________della Scuola _________________________ nell’a.s. ____________ vista la specifica patologia dell’alunno/a ___________________________________________________ preso atto del protocollo esistente tra Regione, ASL e USR Puglia in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 29 ottobre 2018, constatata l’assoluta necessità

**chiede/ono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ____________ dal Dott. _____________________________
Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento.
SI □ NO □ Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal ____________________________________________________
- Consegna farmaco specifico alla scuola __________________________________________
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino) ___________________________________________________________________________

**Contestualmente autorizza/no:**

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;
b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;
Data __________________

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà
______________________________________

Numeri di telefono utili:
Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____________ Tel. cellulare __________________
Genitori: Telefono fisso ______________ Tel. cellulare _________________ Tel. di _____________

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.
Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.
La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d’uso.