**MODELLO A**

Al Dirigente Scolastico

I.C. “Caiati-Don Tonino Bello”

Bitonto

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Genitori, tutori legali, affidatari dell’alunno/a…………………………………………………………………………………………………………….

Nato/a a……………………………………………………………il………………………………residente in……………………………………………………

In via………………………………………………………………………………………………………frequentante la classe……………………………..

Sita nel Plesso……………………………………………………………………………..di ………………………………………………………………………..

Dell’ I.C. “Caiati-Don Tonino Bello” di Bitonto

Essendo il minore affetto dalla seguente patologia……………………………………………………………………………………………………

Per la quale si consegna alla scuola la dovuta certificazione sanitaria

COMUNICANO

Che il minore……………………………………………………………………………………..necessita di **assumere il farmaco in ambito scolastico,** come da modalità espresse nell’allegata autorizzazione medica rilasciata in data…………………………………………

Dal/dalla dott./dott.ssa………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A tal fine, i sottoscritti:

1. Autorizzano il minore ad **effettuare l’auto-somministrazione del farmaco**
2. **Sollevano il personale** che assiste all’auto-somministrazione **da ogni responsabilità derivante** dall’auto-somministrazione del farmaco stesso
3. **Dichiarano** che il proprio figlio è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco
4. **Si rendono disponibili a concordare un eventuale incontro in cui definire le modalità di intervento e a comunicare,** anche in corso d’anno, eventuali modifiche (ad es. tipo di farmaco e dose), ricordando che il seguente modulo deve essere compilato sempre all’**inizio di ogni anno scolastico** di frequenza presso codesto Istituto
5. **Acconsentono alla condivisione di un protocollo individuale** tra scuola, famiglia e personale sanitario
6. **Si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica** (allegata alla presente) recante la necessità e indispensabilità di eventuale auto-somministrazione a scuola, con posologia, orario, modalità
7. **Si impegnano a firmare un documento riportante data della consegna, nome del farmaco e data di scadenza dello stesso, nonché quantità di farmaci consegnati**
8. **Si impegnano a rammentare al personale scolastico eventuali date di scadenza del farmaco**
9. **Si impegnano a rammentare al personale scolastico di portare seco il farmaco** in caso di uscite o viaggi di istruzione
10. **Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili** che sarà effettuato dalla scuola ai sensi del GDPR-Regolamento UE n.2016/679 General Data Protection Regulation(Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), con il rispetto rigoroso degli obblighi di legge di tutela della privacy

**Luogo e data Firme**

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Si forniscono le seguenti informazioni utili di contatto

-Reperibilità e numero di telefono del Medico Specialista………………………………………………………………………………………

-Reperibilità e numero di telefono del Medico di famiglia………………………………………………………………………………………

**-**Reperibilità e numero di telefono della famiglia……………………………………………………………………………………………………