Allegato 1

                                                                                            **Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Comprensivo Statale**

 **G. Ponti** **di Trebaseleghe (PD)**

**Oggetto: richiesta somministrazione farmaco**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(padre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(madre)

genitori di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_ sezione \_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Chiediamo la disponibilità del personale insegnante / educativo / A.T.A. dell’istituto da Ella diretto di somministrare in ambito ed orario scolastico il/i seguente/i farmaco/i:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di norma, non è autorizzato alla somministrazione di farmaci può legittimamente non acconsentire, **in caso di disponibilità solleviamo per quanto di nostra volontà il personale scolastico da ogni responsabilità relativa alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sul proprio figlio o derivanti dalle modalità di somministrazione degli stessi**.

**Alleghiamo** alla presente il certificato del medico curante, che indica le prescrizioni per la somministrazione dei farmaci suddetti.

**Ci impegniamo a comunicare**, tramite documentazione, ogni variazione della terapia e rimarchiamo il nostro impegno a collaborare fattivamente e responsabilmente per consentire la presenza nel Servizio di nostro/a, senza pregiudicare il lavoro degli operatori.

Ringraziamo per la collaborazione che vorrà dare.

**Acconsentiamo**, infine, al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR 679/16, D. Lgs 101/2018 (dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Si dichiara la possibilità di prevedere l’auto somministrazione del farmaco da parte dell’allievo per età, esperienza, addestramento.

 In fede

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Numeri di telefono /cellulari utili*

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

Medico curante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_