ALLEGATO 2

**RICHIESTA DEI GENITORI**

**(o di chi esercita la potestà genitoriale )**

Al Dirigente Scolastico dell’IC

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………..

Genitore  Tutore  dell’alunno/a ………………………………………………………………………………..

Della classe /sez ………………. Scuola ……………………………………………………….

Residente a ……………………………………………………………………..

In via ……………………………………………………………………………….

Comune…………………………………………………………..Prov.

Telefono fisso …………………… telefono cellulare ……………………………………

Preso atto di quanto disposto dal protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e USR Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola del 31/7/2017

**RICHIEDE**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata. (allegato A) redatta dal medico Dr……………………………………………………………

presentata in allegato alla presente richiesta.

**DICHIARA**

* La disponibilità e/o recapito per essere contattati in caso di necessità/consulenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di delegare le seguenti persone per il contatto/consulenza in caso di necessità

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

al seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere consapevole che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;

**AUTORIZZA**

* il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e lo solleva da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso effettuata nelle modalità indicate
* l’auto – somministrazione del farmaco da parte dell’alunno, se sostenuta e dichiarata possibile dal medico che redige la richiesta medica

**SI IMPEGNA**

a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza; a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

*Il sottoscritto, presa visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi dell’art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della pubblica amministrazione (decreto legislativo 30/06/2003 n 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_