**AI Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO Dl GANDINO**

**OGGETTO: Somministrazione farmaco salvavita - Alunno/a………………………………. Scuola ……………………………………classe…………….**

I sottoscritti:

• (padre)……………………………………….

• (madre)..............................................................

genitori di ………………………………………….

frequentante la classe ….. sez ...della scuola……………………………………….

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;
* Autorizzare il personale della scuola firmatario in calce a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso; • Impegnarsi 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.), nonché a provvedere e a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
* Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
* Autorizzare, se del caso, l’auto—somministrazione come indicato al punto D) del protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola del 31/07/2017. (D) Auto-somministrazione: Fermo restando quanto già indicato nel Protocollo d’intesa, l’auto-somministrazione del farmaco è prevista laddove l’alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Considerata la progressiva maggiore autonomia degli studenti con il crescere dell’età, si conviene sulla possibilità di prevedere, laddove possibile ed in accordo con la famiglia e i sanitari, l’autosomministrazione dei farmaci. Tale modalità dovrà essere esplicitamente autorizzata da parte del Genitore (o dagli esercitanti la potestà genitoriale o dall’alunno maggiorenne) nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico.

Allegano:

-Certificato medico e Piano Terapeutico

-Altra documentazione integrativa (prospetti per utilizzazione/conservazione del farmaco, ecc.)

|  |  |
| --- | --- |
| **I GENITORI** | **FIRMA** |
| **PADRE** |  |
| **MADRE** |  |

La scuola si rende disponibile alle condizioni sopra descritte

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Rita Micco

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCENTI** | **FIRMA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **COLLABORATORI SCOLASTICI** | **FIRMA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Ai sensi del decreto legislativo 30/06/2003, n.196, recante “codice in materia di protezione dei dati personali”, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall’art.48 del D.P.R. 28/12/2000, n445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n.73