**Allegato A Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO**: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ................................................................... ...................................................................... genitori di .....................................................nato a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via.................................................................................

n. ….......frequentante la classe .......... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.S.I.G. plesso scolastico. …………………………………….......essendo il minore affetto dalla seguente

patologia .... ........ ................... ...... ....................... …...............................................e constatata l'assoluta necessità, con la presente

  **chiedono che**

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,**  i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(oppure)

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,**  i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori**.

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112***

 ***Privacy e protezione dei dati nel trattamento di informazioni personali***

*Con la presente si informa la S.V. che i dati forniti per le finalità connesse all’oggetto del presente documento saranno trattati dal Titolare in conformità alle disposizioni del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003 novellato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Più specificamente, in linea con quanto previsto dagli artt.13 e 14 del Regolamento, il Titolare indica i modi e i termini di tale trattamento nelle informative pubblicate nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell’Istituto, al link:*

*https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/CTIC8A000X.*

*Se il trattamento dei dati connesso all’oggetto del presente documento non rientrasse nei casi indicati nella sopracitata informativa, l’Istituto ne allegherà una specifica.*

# Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .................................................................cell/abitazione....................................................... Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ................................................. cell/studio…….................

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento………………………………………………………tel.…………………………………

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

 ..................................................................................

..................................................................................