Al Dirigente Scolastico

dell’IC “*Difesa Grande*”

di Termoli

**Oggetto: Richiesta somministrazioni farmaci.**

I sottoscritti, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori del bambino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la CLASSE \_\_\_\_ del plesso PRIMARIA DI

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

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

e comunicata l’assoluta necessità,

**CHIEDONO**

Che venga somministrato allo stesso, in caso di urgenza, il farmaco come da allegata prescrizione medica

rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (docenti e collaboratori scolastici) e pertanto

**CHIEDONO**

che il Dirigente Scolastico individui tra il personale docente e non docente gli incaricati ad effettuare la prestazione.

Consapevoli che il trattamento viene svolto da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

**AUTORIZZANO**

il personale docente e non docente individuato ad effettuare la somministrazione del farmaco secondo la prescrizione medica esonerando l’Istituzione Scolastica da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa e da qualsiasi conseguenza generata o indotta.

**ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.L.vo 196/03 e Regolamento 679/2016.

**COMUNICANO**

che la famiglia è sempre disponibile e rintracciabile ai seguenti recapiti telefonici per comunicazioni e necessità inerenti agli interventi richiesti.

Si impegnano altresì affinché un medico possa preliminarmente relazionare al personale della scuola sulle modalità di intervento da attuare.

Telefoni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Termoli, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Firma dei genitori

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

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