Al Dirigente Scolastico

del Liceo Statale

“T. L. Caro” Sarno

I / Il / La sottoscritti / o / a………………………………………………………………………………….……………………………………………

(barrare una delle caselle)

* In qualità di genitore/i
* In qualità di affidatario esclusivo[[1]](#footnote-1)
* In qualità di tutore[[2]](#footnote-2)

dell’alunno/a[[3]](#footnote-3) …………………………………………………………….....nato/a ……………………il.......................... frequentante

la classe…………….….sez…………………… Indirizzo ………………………………

**CHIEDE/CHIEDONO**

che, in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata, **venga/no somministrato il/i seguente/i farmaco/i:**………………………………………………………………..

***La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell’alunno, patologia, descrizione dell’evento con specifica sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata della terapia ed anche l’indicazione che non è necessario personale specializzato per la somministrazione*,** ossia gli interventi *“non devono richiedere il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario”* (rif. Atto di Raccomandazioni contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico del 25.11.2005);

**CHIEDE/CHIEDONO**

altresì che il/i farmaco/i, consegnato/i con verbale di consegna, venga/no **conservato/i nella cassetta del pronto soccorso** dell’infermeria insieme alla certificazione medica allegata.

A tal fine i genitori:

1. forniscono tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana del minore, in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia;
2. depositano presso la scuola uno o più recapiti telefonici dove garantiscono la reperibilità per ogni evenienza;
3. comunicano tempestivamente ai servizi coinvolti e alla scuola qualsiasi notizia possa riflettersi, in termini di appropriatezza dell’intervento e di ricadute organizzative, sulla realizzazione dell’intervento stesso presso la comunità, producendo la relativa documentazione richiesta (es. assenze dalla comunità, riduzione dell’orario scolastico/formativo, eventuali cambiamenti di residenza/domicilio/recapiti telefonici, oppure modifiche del piano terapeutico, ecc.);
4. garantiscono la fornitura dei presidi sanitari e/o dei farmaci necessari - in confezione integra e in corso di validità- per l’effettuazione dell’intervento, nonché la sostituzione tempestiva degli stessi alla data di scadenza;
5. garantiscono la fornitura del materiale necessario per la gestione dei rifiuti speciali, nonché per il loro smaltimento;
6. assicurano direttamente l’intervento nei casi di necessità (ad es. in assenza del personale cui è affidato l’intervento);
7. nel caso in cui l’intervento sia effettuato da personale scolastico e qualora si renda necessario effettuare variazioni estemporanee della terapia, trasmettono alla scuola la dichiarazione medica rilasciata dalla struttura specialistica che ha in carico il figlio dalla quale si evinca l’idoneità dei genitori stessi a variare/adeguare la terapia, in considerazione del loro grado di competenza/addestramento raggiunto tramite l’intervento di educazione terapeutica eseguito presso il competente centro del S.S.R.
8. In occasione dei passaggi ad altre scuole, i genitori dell’alunno si impegnano ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazionecol quale si concorderà la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

**Il/i Genitore/i AUTORIZZA/AUTORIZZANO**

iI personale individuato dal Dirigente Scolastico della struttura ospitante il minore alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale atto.

(barrare se presente)

**[ ] Segnalano altresì la presenza del farmaco nello zaino dell’alunno, coscienti che il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita, danneggiamento o smarrimento.**

**ACCONSENTE/ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del successivo Regolamento UE all’interno dell’Istituzione scolastica.

**Si allega certificazione medica.**

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di riferimento o medico certificatore ……………………………………………..……………**

**Genitori 1: .............................................................**

**Genitore 2……………………………………….……….**

Dichiarano di essere a conoscenza di quanto prescritto dalla CONVENZIONE PER LA TUTELA E SOSTEGNO AGLI STUDENTI CON PATOLOGIE DIABETICHE ED ALTRE PATOLOGIE CRONICHE IN CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, IN REGIONE CAMPANIA tra La Regione Campania e il MIUR USR per la Campania stipulata a maggio 2018 e pubblicata sul BURC.

**N.B.: La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.**

Sarno, lì

Firma/e

Genitore 1 …………………………………….

Genitore 2 ……………………………………..

1. **In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.**  [↑](#footnote-ref-1)
2. **In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.** [↑](#footnote-ref-3)