**RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I/Il sottoscritti/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di genitore/i - affidatario esclusivo – tutore – genitore vedovo/a (barrare le opzioni di non interesse) dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante, nell’anno scolastico corrente, la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ della Scuola Secondaria di Primo Grado “A. Vera” / dell’ITT di Amelia / dell’ITE di Amelia / dell’ITE di Narni

**C H I E D E / C H I E D O N O**

che in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata il minore, in orario scolastico, possa provvedere all’AUTOSOMMINISTRAZIONE del/dei seguente/i farmaco/i

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

***La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell’alunno, patologia, descrizione dell’evento con indicazione dei sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco (specificando se trattasi di salvavita o indispensabile), nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli, durata della terapia nonché attestazione della capacità del minore di saper provvedere autonomamente all’autosomministrazione.***

Consapevole/i che l'operazione viene svolta sotto la vigilanza di personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e si impegna/no a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. A tal fine (barrare una delle caselle):

* chiede/chiedono che il/i farmaco/i venga/no conservato/i nella cassetta del pronto soccorso dell’infermeria insieme alla certificazione medica allegata, impegnandosi a provvedere alla sostituzione in caso di scadenza e/o al rifornimento in caso di utilizzo;

Con la presente comunicazione il/i genitore/i, l’affidatario esclusivo, il tutore o il genitore vedovo/a

**A C C O N S E N T O N O**

al trattamento dei dati personali e sensibili, idonei a rilevare lo stato di salute dell’alunno/a - ai sensi del Regolamento UE N. 679/2016 - all’interno dell’Istituzione scolastica.

**Si allega certificazione medica e numeri di telefono utili:**

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

**Genitori 1: ………………………………..**

**Genitore 2: ………………………………..**

In fede, luogo e data, ……………………………………….

Firma/e

Genitore 1 ……………………………………………………………….

Genitore 2 ……………………………………………………………….