# Allegato C

# Alla Dirigente Scolastica

# dell’ISS Mario Rutelli

# Palermo

**OGGETTO**: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l’a.s.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e resosi disponibile, sebbene privo di competenze o funzioni sanitarie, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico. Sollevano tale personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza alle cautele indicate dal Piano terapeutico e dalla prescrizione medica.

I sottoscritti si impegnano a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, garantendo che siano integri, adeguatamente riforniti, e che la scadenza sia rispettata. I farmaci saranno lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia e limitatamente all'anno scolastico in corso. Si impegnano inoltre a provvedere alla sostituzione dei farmaci in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo o in prossimità della data di scadenza.

In caso di variazioni della posologia, della modalità di somministrazione o di sospensione del trattamento, i sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente e adeguatamente al Dirigente Scolastico, tramite certificazione medica, ogni cambiamento rilevante nello stato di salute dell'allievo/a. Inoltre, sarà cura dei sottoscritti rinnovare la documentazione e i farmaci ad ogni passaggio scolastico o trasferimento.

# 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***

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione **dell’Informativa sul trattamento dei dati personali relativi a somministrazione farmaci**, resa in base all’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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