**Al Dirigente Scolastico**

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

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

n. ….......frequentante la classe .......... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/Secondaria I grado 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**,**  il/i **farmaco/i**  previsti dal trattamento terapeutico prscritto in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e qui allegato

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti 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 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 sono disponibile ad un’eventuale richiesta di collaborazione da parte della Scuola nella somministrazione del farmaco**.

#  Privacy policy

Con la presente clausola l’Istituto "\_\_\_\_\_\_\_\_\_" di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all’art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l’Istituto Comprensivo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 la terapia medica necessria.

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

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

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