**MODULO A/1**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “Manzoni”

21053 - Castellanza (Va)



Il/La sottoscritta/a ………………………...…………………………………………………………………………..

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

Cognome ……………………………………………………………….. Nome……..………………………………

nato/a …………………………………. il ……/……/………… e frequentante nell’anno scolastico …………/………… la classe ………… sez. ………… della scuola …….……………………………..………….

di ………………………………………………………………………………………………………………………..

essendo il minore affetto da ………………………………………………………………………………

e constatata l’assoluta necessità

**CHIEDE**

**(barrare le voci che interessano)**

** sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite**

 la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

 la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data …….………… dal Dott. ……………………………………………………………………………

** sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante**.

La richiesta è riferita:

****  al periodo dal ……/……/………… al ……/……/…………

****  al corrente anno scolastico …………/…………

**MODALITÀ DI CUSTODIA DEL FARMACO**

**□** Custodito dal personale scolastico

**□** Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

**Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C),** recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell’evento per cui è indispensabile la somministrazione, e modulo di presa visione dell’Informativa sulla privacy sulla somministrazione di farmaci a scuola (**modulo A/2**).

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data…………………..

Firme di entrambi i genitori o tutori ………………………………………………………….

………………………………………………………….

Numeri di telefono utili:

Medico Curante ………………………………………………………….

Genitori ………………………………………………………….