**ALLEGATO C *RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIOE DEL FARMACO***

Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico**

**I.I.S.S. “Léontine e Giuseppe De Nittis”**

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori o esercenti la responsabilità genitoriale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’I.I.S.S. “Léontine e Giuseppe De Nittis”

* avendo inoltrato nel decorso anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
* considerato che nel corrente anno scolastico il/la proprio/a figlio/a necessita, in caso di bisogno, della somministrazione del farmaco per il quale la terapia non è mutata, **chiedono che la somministrazione del farmaco avvenga anche per il corrente anno scolastico.**

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico 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, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dello/a studente/ssa medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

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 118.**

# Privacy policy

Con la presente clausola l’I.I.S.S. “Léontine e Giuseppe de Nittis” 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), questa Istituzione Scolastica 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 o 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 e che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, Antonio Francesco DIVICCARO.

La famiglia acconsente 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).

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

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

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

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