

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i- tutore/i

dell'alunno/a

frequentante la classe

della scuola

nell'anno scolastico

Telefono fisso

Telefono cellulare

vista la specifica patologia dell'alunno:

Richiede/ono

☐ La somministrazione di farmaci in orario scolastico

☐ L'intervento specifico

☐ L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Barrare la/e voce/i che interessa/no

Allega:

certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore

Al Dirigente Scolastico IC Orbassano II

I sottoscritti (padre)..... e (madre).....
 in qualità di Genitori/Tutori del minore.....
 iscritto per l'anno scolastico.....presso l'IC Orbassano II
 Plesso classe/sezione.....

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome	qualifica
1)	Docente
2)	Docente
3)	Docente
4)	Docente
5)	Docente
6)	Docente
7)	Docente
8)	Docente

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI'

NO

In fede (firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto.....genitore dell'alunno.....

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....

Firma.....

Luogo..... data.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre).....
- Genitore (madre).....
- Altri numeri utili.....

Allegato 3

**INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI
SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Il minore

Cognome.....

Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

affetto dalla seguente patologia:..

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente
terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....
Modalità di esecuzione:

Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

Eventuali note:

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

Luogo e data

Timbro e firma del medico