

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto.....

Indirizzo.....

Il sottoscritto/a (Cognome e nome).....

Genitore o esercente la potestà genitoriale dello studente/ssa.....

Nato/a a ..... il ..... e residente a .....

In via.....che frequenta la classe .....sez.....dell'Istituto

..... Sito in via.....

CAP.....località.....Provincia.....

- Consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzione sanitarie,
- In base alla Certificazione medica con attestazione e Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL...../dal Dottore.....in data.....

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano Terapeutico

oppure

☐ che a mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano Terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza del Piano Terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'Allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. N.196/03.

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in scaso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n.445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c. , che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1)Genitore o chi esercita la potestà genitoriale