**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico

Il sottoscritto (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..……., nat.. il ………………………..

La sottoscritta (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..……., nat.. il ………………………..

□ Genitori dello studente/essa ......................................................, (oppure)

□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....................................................,

nato a ………………………………………………. e residente a ……………………..…………….…. in Via ……..…………………………………………, che frequenta la classe … se … dell’IC……………………………………………”,

in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio ……………………………………….. dell'Azienda ASL ... …………….…….. /dal Dott. ……………………………………………, in data …/…/…….;

**CHIEDO**

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

* che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

* che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli **operatori sanitari in caso di interventi del 118** secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico curante

Consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleviamo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra 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 nostra 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.

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/93 come modificato dal 101/2018 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data | Firma[[1]](#footnote-1) | Firma[[2]](#footnote-2) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

Telefoni utili: …………………………………………. …….……………………………………… Email ……….……………………………………

Pediatra di libera scelta/medico curante ..........................................................

.Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

A tal fine si allega anche copia del documento d’identità del genitore impossibilitato  il cui telefono personale è …………………….

Il genitore unico firmatario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. N.B.Allegare copia documenti riconoscimento dei genitori che rendono la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000, anche in caso di un firmatario.  [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)