*Allegato 2*

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

Al Dirigente scolastico dell’Istituto ………………..………………

 Indirizzo ……………………….…………………………………….

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..…….,

□ Genitore dello studente/essa ......................................................, (oppure) □ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ...................................................., (oppure) □ Studente/essa maggiorenne 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 funzioni sanitarie,
* in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... …………….. /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 mio/a figlio/a/io, 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 sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al 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.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso 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 per l’alunno/a o l’alunno/a (se maggiorenne).

  *Possiamo produrre questi contenuti grazie agli acquisti e agli abbonamenti. Sei in possesso di questo contenuto perché lo hai acquistato su http://plus.orizzontescuola.it e puoi utilizzarlo ad uso personale o per la scuola per la quale lavori. Questo contenuto, a fini di legge, non è cedibile a terzi e non è fruibile collettivamente. E’ vietata la cessione o la divulgazione (sia gratuita che a scopi di lucro). Se non hai acquistato questo contenuto, ma ne sei in possesso, l’utilizzo, a norma di legge ti è vietato sia a scopi personali che di lucro. Ti chiediamo pertanto di segnalarci come ne sei entrato in possesso. Il contenuto in questione è stato prodotto grazie a quanti hanno sottoscritto un abbonamento, informati http://plus.orizzontescuola.it*