

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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo
"Maria Piazzoli" Ranica (BG)

I sottoscritti

Cognome e Nome padre,

Cognome e Nome madre,

oppure

Cognome e Nome madre genitore esercente la potestà genitoriale

.....,

dell'Alunn*,

nato/a a il .../.../..... e residente a

in Via che frequenta la classe sez ...

Plesso.....

- essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico
- 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 .../.../.....;

CHIEDONO CHE

al/la proprio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico**, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico allegato alla presente;

che sia consentito **l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone** ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico allegato alla presente

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegare alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

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.

Sarà nostra cura 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.

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.

Numeri di telefono utili:

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

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale*

*Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____