*Allegato 1*

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

Al Dirigente scolastico dell'IC Rocca di Neto
Dott.ssa Alessandra Fanello

I sottoscritti _____/_____
genitori /tutore dell'alunno

(Cognome e Nome) _____ nato a _____ il _____ frequentante la scuola (infanzia, primaria, secondaria) _____classe _____sez _____ 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**

- ☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a nostro/a figlio/a come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dal medico curante personalmente o tramite persona da noi incaricato

(oppure)

- ☐ che nostro/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dal medico curante consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

- ☐ che a nostro/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dal medico curante consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Esprimo 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 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.

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

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.

Luogo Data

Firma 1

Firma 2