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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Roggiano- Gravina - Altomonte

I sottoscritti (Cognome e Nome) ...……. (PADRE)
e (Cognome e Nome) ...……. (MADRE)

☐ Genitori dell'alunno/a ....., (oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., nato/a a…… il …/……/…… e residente a ……. in Via ……., che frequenta la classe...… sez. …… - plesso (infanzia/primaria/secondaria I grado) ……- Comune (Roggiano Gravina/ Altomonte) - dell'Istituto Comprensivo Roggiano Gravina – Altomonte;

- consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica rilasciata in data……, dal dott……. e/o in base al Piano terapeutico, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL .....……. /dal dott. ……., in data …/…/……;

CHIEDIAMO

☐ che a nostro/a figlio/a **sia somministrato- in orario scolastico -** il/i

farmaco/i…… previsti dal certificato medico e /o dal Piano

terapeutico.

A tal fine alleghiamo:

il certificato medico (o il piano terapeutico) riportante:

- **farmaco da somministrare;**
- **posologia:**
- **modalità di somministrazione (dettagliata);**
- **sintomatologia di esordio da attenzionare e/o altre indicazioni necessarie.**

N.B. le informazioni di cui sopra devono essere riportate in formato **LEGGIBILE**.

I sottoscritti, inoltre, esprimono il loro consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente Scolastico- **qualora si sia reso disponibile**- somministri il/i farmaco/i previsto dal certificato medico e /o

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, 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.

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

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

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano 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 Firma di entrambi i genitori*

_____ __/__/___ _____

_____

* firma di un solo genitore qualora la richiesta sia 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.