**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell’IISS “F. De Sanctis”

Via Boschetto, 1

83054 - Sant’Angelo dei Lombardi (AV)

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 … indirizzo …………………………………………………dell’IISS “F. De Sanctis”,

* 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 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

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si allega alla presente: | ……………………………………………………….  ………………………………………………………. | ……………………………………………………….  ………………………………………………………. |

In fede,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo | Data | Firma[[1]](#footnote-1) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_/\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l’alunno/a o l’alunno/a (se maggiorenne). [↑](#footnote-ref-1)