*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

(oppure)

□ non volendo avvalersi del personale scolastico e considerato che mio/a figlio/a/io non è in grado di effettuare l’auto-somministrazione del farmaco chiede l’autorizzazione di poter accedere (o di poter far accedere un suo delegato), sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai locali scolastici durante le attività educativo/didattiche, nei giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in occasione di emergenza causata dalla patologia riportata nella certificazione medica per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l’allegata autorizzazione medica

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).

1