

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

### DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti .....genitori di .....

nato a..... il ..... residente a ..... in via.....

frequentante la classe/sezione ..... della Scuola.....

sita a ..... in via.....

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data..... dal Dr.....

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso; - impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso

Autorizzare, se del caso, l'auto – somministrazione del farmaco

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

**Nel caso di impossibilità a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione**

*Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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 \_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

• Genitori \_\_\_\_\_

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_