

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
A SCUOLA E IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Caruso di Altavilla Irpina

I sottoscritti _____ e _____

☐ Genitori

(oppure)

☐ Esercenti la potestà genitoriale

Alunno/a _____

Nato/a a _____ (___), il ___/___/___ e

residente a _____ (___),

in Via/Piazza _____ n. ____

frequentante la classe/sezione _____

della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di Primo Grado

del plesso di _____ dell'IC Caruso – a.s. _____

- essendo il minore affetto da una patologia che ha bisogno/può avere bisogno della somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico
- 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'ASL _____/dal Dott. _____ in data ___/___/___

CHIEDONO CHE

☐ al/alla proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott. _____ e allegato alla presente

(oppure)

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione al/alla proprio/a figlio/a dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott. _____ e allegato alla presente:

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegare alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

(oppure)

☐ che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli operatori sanitari in caso di interventi del 112/118 secondo le indicazioni previste dal Piano terapeutico redatto dal dott. _____ e allegato alla presente

(oppure)

☐ che nostro/a figlio/a/, 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 redatto dal dott. _____ e allegato alla presente

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale scolastico, resosi disponibile e individuato dal Dirigente scolastico, possa somministrare i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano tale personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione, purché avvenga nel rispetto di quanto previsto dal Piano stesso.

I sottoscritti si impegnano inoltre a fornire i farmaci necessari, controllarne la scadenza e provvedere al rifornimento o sostituzione se e quando necessario.

I sottoscritti si impegnano a provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Si allegano:

- Certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario;
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile.

Luogo e data

I genitori/esercenti la potestà genitoriale

Eventualmente:

Il/la sottoscritto/a _____, nell'impossibilità di ottenere la firma di entrambi i genitori e consapevole delle responsabilità previste dalla legge in caso di dichiarazioni false (DPR 445/2000), dichiara di aver preso questa decisione rispettando le norme sulla responsabilità genitoriale (artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile), che prevedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Il genitore

Numeri di telefono utili:

	RECAPITO TELEFONICO
Padre	
Madre	
Pediatra/Medico di medicina generale	
Altro: _____(specificare)	