

Oggetto: Richiesta di somministrazione di farmaci.

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/tutori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ e frequentante

la sez.: \_\_\_\_\_ della scuola dell'infanzia di \_\_\_\_\_

la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria di \_\_\_\_\_

la classe \_\_\_\_\_ della scuola secondaria di \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione, in ambito scolastico, del/dei farmaco/i, come da certificazione dello stato di malattia e relativo Piano terapeutico allegati, rilasciati in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione del/dei farmaco/i sia effettuata da parte di personale resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il/i farmaco/i secondo il Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione dei farmaci
- impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti ...), nonché a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità delle date di scadenza;
- impegnarsi a comunicare al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso;
- acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei allo stato di salute delle persone)

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà \*

\_\_\_\_\_

\*nel caso firmi un solo genitore:

"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 artt. 316, 317 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Nomi di telefono utili:

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

- Genitori \_\_\_\_\_