*Allegato 1*

Al Dirigente scolastico dell’ITTS “E. Divini”

Sede provvisoria Piazzale A. Luzio, 1

62027 San Severino Marche (MC)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..…….,

□ Genitore dello studente/essa ...............................................................,

□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ..................................................................,

□ Studente/essa maggiorenne

nato/a a ……..…………………….………………………………... (…………..). il …...../………/…….…… e residente a ………..………………………….…. in Via ……..……………..……………………………..………… n°…………..,

frequentante la classe ……………. sez ……….… dell’Istituto ITTS “E. DIVINI” sito in Via Piazzale A. Luzio, 1 - 62027 San Severino Marche (MC)

* 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 Dott. ……………………………………….…….…, in data …..……/...……/………….;

**CHIEDO**

anche per conto dell’altro genitore / 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

□ 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

* 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 | 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 e Data (1) Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per

l’alunno/a o l’alunno/a (se maggiorenne).