

Al Dirigente scolastico dell'ITTS "E. Divini"
Viale Mazzini n°37
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" di San Severino Marche
(MC)

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,
- 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 (scrivere nome del farmaco)
- ☐ 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

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Certificazione Medica allegata (scrivere nome del farmaco) personalmente o tramite da me incaricato;

- Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi 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).