**ALLEGATO E**  Stra lì 202\_

 **RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ............................................................................. e …………………………………………………………………….

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ......................................................................…………………

frequentante la classe ............ della scuola.........................................................................................................

nell'anno scolastico........................, affetto da……………………….........…………………………………………...................….

constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci per i Viaggi di istruzione deliberati dal Consiglio d’Istituto , come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………… dal Dott. …………………………………………………

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

* di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente dalla partenza del viaggio di istruzione fino alla riconsegna ai genitori o loro delegati l’intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
	+ La vigilanza del personale docente (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
	+ L’affiancamento del personale docente (controllo delle modalità di auto somministrazione)

### I genitori si impegnano a consegnanare n………… confezioni integre del farmaco denominato ad ogni viaggio d’Istruzione,

### Lotto ……………………… scadenza ………………………………. e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ................................ il ...................

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Numeri di telefono utili:**Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell …………………………..Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell …………………………. Tel. medico curante Dott. ....................................................................................... tel. ……………………… |

|  |
| --- |
| NB:La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.La richiesta ha validità specificata per la durata del viaggio di istruzione.I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra.  |