

**RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)**

**Al Dirigente Scolastico dell'IC di Ugnano**

sottoscritti .....

Genitori dell'alunno/a .....

Codice Fiscale.....

Della classe.....Scuola.....

residente a.....In via.....

Comune.....Prov (.....) Tel .....

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr..... e presentati in allegato alla presente richiesta.

**Chiedono la disponibilità** della scuola alla somministrazione e dichiarano:

1. Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico reso disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
2. Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
3. Di Impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, micro infusori di insulina, Sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, glucometri, etc....), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza; con particolare riferimento all' adrenalina auto iniettabile e al farmaco per l'interruzione della crisi epilettica prolungata - farmaci che devono sempre seguire l'alunno/studente in ogni momento della sua permanenza a scuola e/o nelle attività extrascolastiche previste (come ad esempio uscite didattiche), devono essere consegnati dai genitori o dall'alunno, se maggiorenne, al referente scolastico, che prende in carico il farmaco all'arrivo a scuola e lo restituisce all'uscita;
4. Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

Autorizzano:

- se del caso, l'auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Chiedono:

- La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare \_\_\_\_\_ se \_\_\_\_\_ genitore, \_\_\_\_\_ parente, volontario.....)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

COGNOME NOME ..... tel.....

COGNOME NOME ..... tel.....

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

*In caso di firma di un solo Genitore/tutore/affidatario: "Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori."*

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_