

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Spettabile
Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

_____, ☐ Genitore dello/a ☐

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome)

_____, nato/a a _____ il

____/____/____ e residente a _____ in Via

_____, che frequenta la classe _____ sez _____ del

Plesso _____

☐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 ☐ Servizio di Pediatria dell'ASP

_____ ☐ al Dott. _____, in data

____/____/____;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore/dell'esercente la potestà genitoriale che a
(barrare la scelta):

☐ mio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti
dal Piano terapeutico;

☐ 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
DS, 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 DS, 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.

Numeri di telefono	
Famiglia	Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

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

firma del genitore/di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.