Allegato A2: compilazione a cura di genitori/tutore legale

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco INDISPENSABILE

I sottoscritti .....

genitori/tutore legale di .....nato a..... il .....

residente a ..... in via.....

n. …..... frequentante la scuola …….

classe ....sezione…..... ,

essendo il minore affetto dalla seguente patologia..... ,

chiedono che

venga somministrato, in ambito e orario scolastico, il farmaco indispensabile ……come da **allegata autorizzazione** rilasciata in data _____/____/____dal PLS/MMG dott. .....… ……

I sottoscritti, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria (Allegato B2).
Si allega, inoltre, se in possesso, il Piano Terapeutico di somministrazione del farmaco indispensabile compilato dal Medico Specialista.

Numeri di telefono necessari:
Genitori/Tutore Legale..... .....
Pediatra di libera scelta (PLS)/medico curante (MMG)…….....
Se l'alunno/a è seguito/a presso un Centro Specialistico, indicare il nome dello specialista, la struttura di riferimento e un recapito telefonico ……..
I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta 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"

Luogo e Data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Genitore 1 _____

Genitore 2 _____

Tutore Legale_____