**Allegato A**

**Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico**

Al Dirigente scolastico dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
□ Genitore dello studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
□ Genitore dello studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati dello studente/studentessa: nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il **/**/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,**
in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell’Azienda USL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data **/**/\_\_\_\_;

**CHIEDO/CHIEDONO**

Anche per conto dell’altro genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta):

□ Che a mio/a figlio/a / a me stesso/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico.

(oppure)
□ Che mio/a figlio/a / io, essendo in grado di effettuare l’autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.
(oppure)
□ Che mio/a figlio/a / io, essendo in grado di effettuare l’autosomministrazione del farmaco, sia autonomo/a nell’auto-somministrazione in orario scolastico.

**Esprimo/Esprimiano il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico** e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico.

Mi impegno a:

* Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
* Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.
* Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

**Dati di Contatto:**
Genitore/Tutore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:**
Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili**
Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Il/La sottoscritto/a dichiara 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.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data ***/***/\_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Genitore/Tutore : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati.