



Ministero dell'Istruzione
 ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOVANNI BERTACCHI"
 Scuola Infanzia Primaria e Secondaria di I grado
 23022 CHIAVENNA (SO) Piazza Don P. Bormetti, 3 – C.F. 81002090140
 Tel e fax 0343/32353 e-mail soic80500d@istruzione.it
 Posta elettronica certificata soic80500d@pec.istruzione.it

Allegato 2a

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

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "G. Bertacchi" di Chiavenna

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

Genitore dell'alunno/a, (oppure)

Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

nato/a a..... il .../.../..... e residente a in
 Via, che frequenta la classe sez

della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria

di

- 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'Azienda SL ... /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/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'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 dirigente 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 Dirigente Scolastico, 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.

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

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

Luogo

Data

(1) Firma

__/__/____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).