

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

Data

Al Dirigente Scolastico della Scuola

.....

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a **Codice Fiscale**

Della classe Scuola tel. 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 resosi 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:

nome tel.

nome tel.

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

FIRMA DEI GENITORI
