



Allegato 1

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

Al Dirigente scolastico dell'I.I.S. Einstein-Bachelet

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

genitore dello/a studente/essa, (*oppure*)

esercente la potestà genitoriale sullo/a studente/essa che frequenta la classe sez ... indirizzo..... Sede

nato/a a..... il .../.../..... e residente a in via/piazza,

e-mail: _____ n. telefono/cell.: _____

(*oppure*)

studente/essa maggiorenne

nato/a a..... il .../.../..... e residente a in via/piazza, che frequenta la classe sez indirizzo

..... Sede di questo I.I.S.

- 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'ASL....., dal Dott./ssa, in data .../.../.....;

CHIEDO

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

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico (*oppure*)

che mio/a figlio/a/io stesso, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, **sia assistito, in orario scolastico, dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione 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 dello studente/ssa 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:		

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal DPR. 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 c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Pertanto, sotto la mia responsabilità,

- dichiaro di essere l'unico soggetto esercente la responsabilità genitoriale;
oppure
- dichiaro di aver informato della presente liberatoria l'altro esercente la potestà genitoriale che ne ha dato il consenso.

_____, li _____

Il genitore/tutore (unico firmatario)

(*oppure*)

Studente/ssa (se maggiorenne)

I dati riportati nel seguente modulo saranno utilizzati per i soli fini ivi indicati, nel rispetto delle norme sulla privacy di cui al D. Lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, del GDPR- Regolamento europeo generale sulla protezione dei dati personali- n 679/2016 e del D. Lgs n. 101 del 10/08/2018.