***Allegato 1***

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

 **NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..…….,

□ genitore dello studente/essa ......................................................, (*oppure*)

□ esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .................................................... che frequenta la classe … sez … indirizzo………………………………………….

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 ………………………………………………………..dell’Istituto…………………………………………

………………………………………… sito in Via ……………………….….…………… Cap ……….

Località ..…………………………………………………….…. Provincia ………………….,

* 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 USL ... …………….. /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 /a me stesso **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,** **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 sollevo 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: |  |  |

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.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                 Il genitore/tutore unico firmatario

(*oppure*)

 Alunno (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.