

Al Dirigente Scolastico,
dell'Istituto Comprensivo San Marzano sul Sarno

OGGETTO: richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

I sottoscritti

(padre)¹

_____, nato a ___ il _____

e

(madre)²

_____, nato a ___ il _____

- Genitori dello studente/essa, (oppure)
- Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, nato/a a..... il/...../..... e residenti a
- in Via, che frequenta la classe ... sez ... della scuola.....

consapevole che il personale scolastico non ha competenza né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico , secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDONO

in nome e per conto anche dell'altro genitore (**barrare la scelta**)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Certificazione Medica allegata – scrivere il nome del farmaco –personalmente o tramite il /la sig..... da me incaricato/a (di cui si allega documento di identità).

- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata – scrivere il nome del farmaco -

.....
... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

che mio/a figlio/a non necessita di assistenza del personale scolastico durante l'autosomministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata - scrivere nome del farmaco-

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da Certificazione Medica allegata - scrivere nome del farmaco -

.....
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia cura, altresì, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

FAMIGLIA

.....
.....
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

.....
.....
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

.....
.....
A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

Data

FIRMA DEI GENITORI*

Il padre: _____ 1

La madre: _____²

firme di entrambi i genitori

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____³

¹ Allegare **copia documento riconoscimento** del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000.

² Allegare **copia documento riconoscimento** del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000.