

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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

I sottoscritti .....

☐ Genitori dell'alunno/a ....., (oppure) ☐ Esercenti la potestà genitoriale sull'alunno/a ....., nato/a a..... il ....../...../..... e residente a ..... in Via ....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto Comprensivo "Patari-Rodari" di Catanzaro, sito in Via Daniele, 17,

- consapevoli 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 ASP ... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

### **CHIEDONO**

☐ che a nostro/a figlio/a / **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

☐ che nostro/a figlio/a/, 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

Esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleviamo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra 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 acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

In fede

Luogo

Data

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_