**Allegato 2**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I

NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO

 Spettabile

 Dirigente Scolastico

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

❑ Genitore dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che frequenta la classe

\_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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'ASP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ al Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

## CHIEDO

anche per conto dell’altro genitore/dell’esercente la potestà genitoriale che a (barrare la scelta):

* mio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
* mio/a figlio/a/io, 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.

Esprimo il consenso affinché il personale della Scuola individuato dal DS, 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 DS, 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Numeri di telefono  |
| Famiglia     | Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale  |

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. 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 del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

  *firma del genitore/di chi esercita la potestà genitoriale per l’alunno/a.*