

MODULO N. 1

RICHIESTA DEI GENITORI

(o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti
Genitori dell'alunno/a
della classe Scuola
Residente a In via
Comune Prov.

Richiedono la somministrazione e/o l'auto-somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti **dal medico specialista Dott.** e presentati in allegato alla presente richiesta.

CHIEDONO LA DISPONIBILITÀ DELLA SCUOLA ALLA SOMMINISTRAZIONE E DICHIARANO:

- Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

AUTORIZZANO L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE:

- autorizzano l'auto-somministrazione del/i predetto/i farmaco/i in quanto l'alunno/a, per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute ed esonerano la scuola da ogni responsabilità, per tutte le attività scolastiche in orario curricolare ed extra-curricolare.

INOLTRE CHIEDONO:

- La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome Tel.

nome Tel.

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti.

FIRMA

FIRMA

.....

.....

.....

.....