* “ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “C. ALVARO”*

*MIM Uff. Scolastico Regionale per la Calabria ATP di Catanzaro*

***p.zza Calvario-88064 Chiaravalle Centrale (CZ)***

*Centralino 096792153 - fax 0967682147*

*C.F. 97035210794 C.M. CZIC84300X*

[*www.icalvarochiaravalle.edu.it -*](http://www.icalvarochiaravalle.edu.it/) [*czic84300x@istruzione.it*](mailto:czic84300x@istruzione.it)

*Codice Univoco UFLQ5K*

*Allegato 2*

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

Al Dirigente scolastico dell’Istituto ………………..………………

Indirizzo ……………………….…………………………………….

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

□ Genitore dello studente/essa ......................................................, (oppure) □ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ...................................................., (oppure) □ Studente/essa maggiorenne nato/a a……………………….… il …../……/……… e residente a ………………………………….…. in Via ……..…………………………………………, che frequenta la classe … sez … 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 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 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: |  |  |

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

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

Luogo Data (1) Firma

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

1. Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per

l’alunno/a o l’alunno/a (se maggiorenne).

1