**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

**(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)**

Al Dirigente scolastico dell’Istituto Comprensivo n. 3 “Cecco Angiolieri

**Viale Avignone, 10 53100 Siena**

siic81600p@istruzione.it

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) …………………………….………………………………………………….. |\_| Genitore |\_| Esercente la potestà genitoriale

dello/sullo studente/essa ………………………………………………………, nato/a a …………………………… il …./…./…….. e residente a ………………. In via ………………………………………………………...…, che frequenta la classe ….. Sez. ……. della Scuola infanzia (Avignone-Amendola)/primaria/secondaria dell’Istituto “C. Angiolieri” sito in Viale Avignone, 10 53100 Siena,

* 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 **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Pianoterapeutico

(oppure)

|\_| che mio/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 Pianoterapeutico.

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 dal 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.

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

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personale 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 dell’alunno/a