

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICI

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"G. Bruno-Fiore" Nola

I sottoscritti (padre).....(madre).....
o p p u r e Esercente la potestà genitoriale
de ll'alunno/a, nato/a a..... il/...../..... e
residente ain Via,
che frequenta la classe ... sez. ... della Scuola.....del plesso.....dell'Istituto
"G. Bruno-Fiore",

- 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'ASL ... /dal Dott., in data .../.../..... ;

CHIEDONO

(barrare la scelta)

- ☐ che al proprio figlio/a **sia somministrato in orario scolastico** il/i farmaco/i previsto/i dal Piano terapeutico

(oppure)

- ☐ che il proprio 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

Esprimono il consenso e autorizzano affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri il/i farmaco/i previsto/i dal Piano terapeutico e **sollevano il medesimo personale** da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, 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.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori (p a d r e)(madre).....

Familiare appositamente delegato.....

A tal fine **acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili** ai sensi del D. Lgs. n.101/2018.

In fede,

Luogo

Data

Firma dei genitori

____/____/____
