Allegato 2

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 Livi

Il/la o 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).