

Allegato 1

**Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto _____**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via.....
n. frequentante la classe della Scuola essendo il
minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare
orario scolastico

chiedono che

al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente;

(oppure)

che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a _____

Data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di conservazione _____

Effetti collaterali _____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- SI
- NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo _____

Firma
