

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Alla Dirigente Scolastica
dell'I. C. di Serre- Castelcivita

I sottoscritti genitori del/la
minore..... nato/a a..... il .../.../..... e residente a
..... in Via iscritto/a per l'a.s. 2022/23 alla
classe/sezione..... della Scuola..... di codesto I.C. plesso
di.....

- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico rilasciati da..... in data .../.../.....che si trasmette in allegato alla presente richiesta a questo I.C.;

CHIEDONO

che a nostro/a figlio/asiano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti nel Piano terapeutico.

DICHIARANO

(barrare solo le voci che interessano)

- di provvedere personalmente alla somministrazione dei farmaci al/la proprio/a figlio/a in orario scolastico e nei locali scolastici. Si allega richiesta di accesso ai locali scolastici.
- di essere entrambi impossibilitati a recarsi personalmente in orario scolastico nei locali della scuola per la diretta somministrazione dei farmaci al/alla proprio/a figlio/a;
- di delegare persona di fiducia dotata delle competenze professionali idonee alla somministrazione in orario scolastico nei locali della scuola dei farmaci al/alla proprio/a figlio/a. Si allega delega e richiesta di accesso ai locali scolastici.
- di autorizzare personale scolastico interno (non sanitario) resosi disponibile alla somministrazione dei farmaci previsti dal Piano terapeutico sollevando il medesimo da qualsivoglia responsabilità purché la somministrazione avvenga nella piena osservanza del Piano stesso;
- di prestare il consenso , in caso di riscontrata indisponibilità del personale interno, affinché la scuola attivi la collaborazione con altri soggetti istituzionali del territorio (ASL, Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali, Ente locale, Associazioni, ADI) per l'accesso di personale esterno dotato dei requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria richiesta presso l'Istituzione Scolastica;

Gli scriventi genitori dell'alunno/a _____ si impegnano a provvedere all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza comunicando tempestivamente ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione stessa;

Firma di entrambi i dichiaranti: _____ _____	Firma di un solo dichiarante* "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta /richiesta 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" _____
--	---