**Modulo 1**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO**: **richiesta di somministrazione farmaco salvavita**

I sottoscritti ................................................................... ......................................................................

genitori/tutori 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 e 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

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