

Modulo 2_B

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabile

I sottoscritti
genitori /tutori di
nato/a..... il..... residente a
..... 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

- 1) al/la proprio/a figlio/a sia consentita **l'autosomministrazione** del farmaco avendo questi
età, esperienza ed addestramento adeguati

(oppure)

- 2) 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;

Persone che possono entrare per la somministrazione.

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

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

(oppure)

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

Qualora il personale scolastico fosse disponibile 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 civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.

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.

Inoltre, come indicato nel protocollo quadro per la somministrazione dei farmaci a scuola all'art.3, con particolare riferimento all'adrenalina auto iniettabile e al farmaco per l'interruzione della crisi epilettica prolungata, farmaci che devono seguire l'alunno/studente in ogni momento della sua permanenza a scuola e/o nelle attività extrascolastiche previste (come ad esempio uscite didattiche), devono essere consegnati dai genitori al referente scolastico che prende in carico il farmaco all'arrivo a scuola e lo restituisce all'uscita

Si allega:

- Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico (**modulo 2**)
- Consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile (**modulo 3**)

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:

Genitori.....cell.....fisso.....

Pediatra.....cell.....fisso.....

Medico di Medicina Generale.....cell.....fisso.....