Allegato A: **RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)**

Data ………………………………. Al Dirigente Scolastico della Scuola

…………………………………………………………

I sottoscritti ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………………………………………………………………………

Della classe……………..........Scuola……………………………………………………………………………………………………………..

residente a…………………………………………………………….In via………………………………………………………………………….

Comune…………………………………………………Prov……. Tel …………………………………………………………………………..

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr ………………………………………………………… e presentati in allegato alla presente richiesta.

* **Chiedono la disponibilità** della scuola alla somministrazione e dichiarano:
  + - Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
    - Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico (**relativo alle seguenti patologie: diabete, allergie, asma ed epilessie**) e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
    - Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
    - Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
* Autorizzano:
  + se del caso, l’auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).
* Chiedono:
  + La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario) …………………………………………………………………….

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti: nome ………………………………………………………… tel……………………………………………………

nome ………………………………………………………… tel……………………………………………………

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Si allega certificato, piano terapeutico e dichiarazione assenso trattamento dati personali.

Firma

.........................................................

……………………………………………………..