

	ISTITUTO COMPRENSIVO MARTIRI DELLA LIBERTA' SESTO SAN GIOVANNI (MI)	<i>Modulistica Richiesta somministrazione farmaci a scuola (all. A)</i>
--	--	--

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO MARTIRI DELLA LIBERTA'
SESTO SAN GIOVANNI (MI)**

Oggetto: ***RICHIESTA DEI GENITORI somministrazione farmaci a scuola (all. A)***

I sottoscritti

(padre/esercente responsabilità genitoriale)

(madre/esercente responsabilità genitoriale)

GENITORI/ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

dell'alunno/a _____ frequentante nell'a.s. 202___/202___ la classe sez. _____

della scuola

- | | |
|---|---|
| ☐ Infanzia Ercole Marelli | ☐ Infanzia Monte San Michele |
| ☐ Primaria Martiri della Libertà | ☐ Primaria Barnaba Oriani |
| ☐ Secondaria di primo grado Don Milani | |

CHIEDONO

la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) Dr..... e nella prescrizione redatta in data ____/____/____ in allegato alla presente richiesta

☐ La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario).....

☐ **che il farmaco sia/no somministrato/i al proprio/a figlio/a dal personale della scuola**

oppure che, in alternativa,

☐ **il/la proprio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti.**

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 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 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.

Sesto San Giovanni, lì _____

FIRMA DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE*

-
- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
 - Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

DA COMPILARE NEL CASO NON SIA POSSIBILE ACQUISIRE LA FIRMA DI UNO DEI GENITORI, il firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione: "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, 337ter e 337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

FIRMA DEL GENITORE

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la responsabilità genitoriale.