MODULO DI RICHIESTA
per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Alla Direzione della Scuola

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ……., □ Genitore dello studente/essa ....., (oppure) □ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., e residente a ……. in Via ……, che frequenta la classe …… sez. ……..

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- consapevole di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso o dall'assistenza in fase di auto-somministrazione;
- in base alla Certificazione medica con Piano terapeutico allegato, rilasciato in data …… dal medico ……;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

- □ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Certificazione Medica personalmente o tramite ..... da me incaricato (occorre allegare fotocopia della carta di identità della persona incaricata).
- □ che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico.
- □ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Direzione, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

numeri di telefono	famiglia	pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

In fede,

_____ ___/___/____ _____
Luogo Data Firma[1]

[1] Genitore (entrambi in caso di separazione/divorzio) o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.