

**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_  
(luogo e indirizzo)

Genitore/tutore di \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Faccio richiesta della 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.

- *Chiedo la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiaro:*
  - di essere consapevole che , nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico, 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 impegnarmi a fornire alla scuola il farmaco prescritto, in confezione integra da conservare a scuola nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della scadenza;
  - di impegnarmi a comunicare tempestivamente in segreteria eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
  
- *Autorizzo:*
  - se del caso, l'auto-somministrazione (alunno che per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del farmaco).
  
- *Chiedo:*
  - la possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
(specificare se genitore, parente, volontario).

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità o emergenze i recapiti telefonici da contattare sono:

Nome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ In fede: \_\_\_\_\_