



Allegato A

**RICHIESTA DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO DI FREQUENZA SCOLASTICA**
secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo al Piano Terapeutico

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: _____