***ALLEGATO 1-****Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Richiesta alla scuola*

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICI

Al Dirigente scolastico

del Liceo “V. Imbriani”

Pomigliano d’Arco

I sottoscritti (padre)………………………….……..(madre)……………………………………………..

*oppure* Esercente la potestà genitoriale …………………………………..

dell’alunno/a ...................................................., nato/a a……………………….… il …../……/……… e residente a …………………......……………….….in Via ……..…………………………………………, che frequenta la classe … sez. … della Scuola……………..del plesso……………………….dell’Istituto “V. Imbriani”,

* consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
* in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell’ASL ... …………….. /dal Dott. ………………………, in data …/…/ ;

**CHIEDONO**

(barrare la scelta)

* + che al proprio figlio/a **sia somministrato in orario scolastico** il/i farmaco/i previsto/i dal Piano terapeutico

(oppure)

* + che il proprio figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l’auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l’auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

**Esprimono il consenso** **e autorizzano** affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri il/i farmaco/i previsto/i dal Piano terapeutico e **sollevano il medesimo personale** da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, 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 utili:**

Pediatra di libera scelta/medico curante ..............................................................

Genitori (padre)............................................(madre)..................................................

Familiare appositamente delegato……………………………………………………..

A tal fine **acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili** ai sensi del D. Lgs. n.101/2018.

In fede,

Luogo Data Firma dei genitori

/ /