



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado
VIA EMPOLESE, 14 - 50026 SAN CASCIANO VAL DI PESA
TEL. 055.820171 - FAX 055.8228121

CODICE MECCANOGRAFICO FIIC861008 SITO INTERNET WWW.SCUOLASANCASCIANO.IT
EMAIL FIIC861008@ISTRUZIONE.IT POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA FIIC861008@PEC.ISTRUZIONE.IT

Allegato 2

Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico Richiesta alla scuola -dicembre2016

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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

Genitore dello studente/essa

(oppure) Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa

nato/a a..... il/...../.....

e residente ain Via

che frequenta la classe sez..... di questo Istituto,

• 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'Azienda USL /dal Dott., in data
...../...../.....;

CHIEDO

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

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a 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

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

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 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	FAMIGLIA	Pediatra di libera scelta\Medico medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede, Luogo Data

Firma

.....
(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).