Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto
Comprensivo di Tolmezzo

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti ....
genitori di .....nato/a a ..... il .....
residente a ..... in via.....
n. ….....frequentante la classe ..... della Scuola …….....essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

chiedono che

□ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

(oppure)

□ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico.
I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.
I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:
- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data_____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitori .....cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....

cell/studio…….....