Allegato A

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo
Ic4 "Annalena Tonelli" Forlì

Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico

Il/La sottoscritto/a: (Cognome e Nome) _____
□ Genitore dell'alunna/o _____
□ Esercente la responsabilità genitoriale sull'alunna/o _____
e
Il/La sottoscritto/a: (Cognome e Nome) _____
□ Genitore dell'alunna/o _____
□ Esercente la responsabilità genitoriale sull'alunna/o _____
residente a _____ in via_____
frequentante la classe ____ sezione ____ dell'I.C. 4, "Annalena Tonelli"- Forlì
plesso_____ .
Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'ASL _____ / dal Dott. _____
in data ___/___/_____;

CHIEDE/CHIEDONO

□ Anche per conto dell'altro genitore (barrare la scelta nel caso in cui l'altro genitore sia nell'impossibilità di sottoscrivere):
□ di accedere, in caso di necessità, alla sede scolastica per somministrare all'alunno/a i farmaci come da Piano Terapeutico allegato;
□ che all'alunno/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico.
(oppure)
□ che all'alunno/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.
(oppure)
□ che all'alunno/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco e non necessitando di assistenza del personale scolastico, sia autonomo/a nell'autosomministrazione in orario scolastico.
Esprimo/Esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico. Mi impegno a:
• Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
• Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.
• Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Farmaco: □ SALVAVITA □ INDISPENSABILE

Dati di Contatto: Genitore/Tutore: _____
Genitore: _____
Numero di telefono: _____

Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:

Nome e Cognome: _____
Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Particolari A
Acconsento al trattamento dei dati personali e particolari ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del GDPR 679/2016.

Il/La sottoscritto/a dichiara 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.
Firma del Genitore/Tutore: _____
Firma del Genitore: _____
Forlì,_____

**Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da un solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione:*
"Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i , consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente autorizzazione".

FORLI' ,_____ Firma del genitore_____

Nota: Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati