****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “VIA DEI PAPARESCHI”**

Liceo Scientifico opz. Scienze Applicate - Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale -

Liceo Linguistico - Ist. Tecnico Amministrazione Finanza e Marketing - Art. Relazioni Internazionali

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 - 06/55.30.89.13

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 - 00148 Roma - Tel. 06/65.67.81.86 - 06/12.112.66.65

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: <rmis09100b@istruzione.it> - PEC: <rmis09100b@pec.istruzione.it>

# RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I *Allegato 2*

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell’Istituto ………………..……………… Indirizzo ……………………….…………………………………….

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ..……………………………………………………………..…….,

□ Genitore dello studente/essa ......................................................, (oppure) □ Esercente la potestà

genitoriale sullo studente/essa ...................................................., (oppure) □ Studente/essa maggiorenne nato/a a……………………….… il …../……/……… e residente a ………………………………….…. in Via ……..…………………………………………, che frequenta la classe … sez … dell’Istituto

………………………………………… sito in Via ……………………….….…………… Cap ………. Località ..…………………………………………………….…. Provincia ………………….,

* 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

dell'Azienda ASL ... …………….. /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 sollevo 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 di 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 (1) Firma

/

/ \_

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

1