ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARLO URBANI"
MOIE di MAIOLATI SPONTINI-CASTELPLANIO-POGGIO S. MARCELLO

via Venezia, 14 – 60030 Maiolati Spontini (AN)
Telefono 0731701149 – 0731701976 - 0731703225 - 0731702954
Codice meccanografico: ANIC83700Q Codice Fiscale: 91017910422 Codice Univoco Ufficio: UF88EL
E-mail ANIC83700Q@pec.istruzione.it ANIC83700Q@istruzione.it URL:http://www.comprensivomoie.it

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I

NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'I. C. "Carlo Urbani"
di Moie di Maiolati Spontini (AN)

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 scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di I grado sezione/classe …… sez …… plesso di Moie/Macine/Castelplanio/Poggio San Marcello dell'I. C. "Carlo Urbani" di Moie di Maiolati Spontini,

- 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 ASL … …… /dal Dott. ……, in data …/…/…….;

CHIEDO

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

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

(oppure)

- o che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli **operatori sanitari in caso di interventi del 112/118** secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico curante

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

via Venezia, 14 – 60030 Maiolati Spontini (AN)
Telefono 0731701149 – 0731701976 - 0731703225 - 0731702954
Codice meccanografico: ANIC83700Q Codice Fiscale: 91017910422 Codice Univoco Ufficio: UF88EL
E-mail ANIC83700Q@pec.istruzione.it ANIC83700Q@istruzione.it URL:http://www.comprensivomoie.it

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

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.

Si allega alla presente: …… ……

…… ……

In fede,

Luogo	Data	Firma[1]
_____	__/__ /____	_____

[1] Genitore o chi esercita responsabilità genitoriale per l'alunno/a