

Richiesta di somministrazione-autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____), il _____,
residente a _____ (____), indirizzo _____
nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e

La sottoscritta _____ nata a _____ (____), il _____,
residente a _____ (____), indirizzo _____
nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico 20____/20____
la classe _____ della sede di _____

CHIEDE/ONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZANO

il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato B, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato B.

Si allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria;
- Allegato B – Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Numeri di telefono utili:

Medico curante: _____

Genitori: _____

_____, ____ / ____ / ____ Firma _____