Allegato 2

**RICHIESTA DEI GENITORI**

(o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data………………………………………………….

Al Dirigente Scolastico della Scuola

……………………………………………………………………………………………………………………………

I sottoscritti …………………………………… …………………………………………….

Genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………………………………………

Della classe……………. Scuola…………………………………….

residente a…………………………………………………………….

In via………………………………………………………………………….

Comune………………………………………………… Prov…….

Telefono ……………………………………………..

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti

* dal medico Dr. ……………………………. del ……………….. già in possesso della scuola
* dal medico Dr. ……………………………..del …………………..presentati in allegato alla presente richiesta.

 Dichiarano:

* Di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
* Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
* Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
* Di autorizzare, se del caso, l’auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti: nome ……………………………………………… Tel………………………

nome………………………………………………. Tel……………………..

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Firma Firma