

**RICHIESTA PER AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO**

*(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)*

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo n. 6 "F. Muttoni"

Vicenza

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

genitori       tutore/i

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

frequentante il Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

dichiarano che il proprio figlio/a è affetto da:

\_\_\_\_\_ *(patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)*

e, **constatata l'assoluta necessità, chiedono che il proprio figlio/a si auto-somministri** la terapia farmacologica, sotto la sorveglianza del personale della Scuola, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dichiarano di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla auto-somministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia, autorizzano il proprio figlio/a a custodire personalmente il farmaco e sollevano nel contempo la Scuola da ogni responsabilità civile e penale rispetto all'auto-somministrazione.

Sono a conoscenza che la certificazione medica presentata alla Scuola ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso se necessario.

Avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento/sostituzione del farmaco in relazione alla scadenza dello stesso.

Allegano il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente, corredato dalla prescrizione del farmaco con chiaramente specificati:

- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che ne richiede la somministrazione
- posologia e modalità di somministrazione
- modalità di conservazione.

Comunicano i seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

<b>numero</b>		<b>numero</b>	
<b>numero</b>		<b>numero</b>	

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 **SÌ**  **NO**

Vicenza, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o tutore/i

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nel caso la richiesta riporti il nominativo di un solo genitore.

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta 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.

Vicenza, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_