

**Allegato 2** alla Circolare del Ministero Istruzione n. 321 del 10.01.2017

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/ NEI LOCALI ED IN ORARIO  
SCOLASTICO**

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

Genitore dello studente/essa .....,

(oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,

nato/a a.....(.....) , il .... /..... /.....

e residente a ..... in Via .....,

che frequenta la classe ..... sez .... della scuola .....

dell'IC Aldo Moro di Bonate Sopra, via Salvo d'Acquisto, n. 15, Cap 24040 - Bonate Sopra, BG

- 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 USL..... /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 **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 sollevi 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.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale nome.....
Numeri di telefono utili:	..... .....	.....

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