**Modulo 1**

**Al Dirigente Scolastico**
**Dell'Istituto Comprensivo**
**Francavilla di Sicilia**

**OGGETTO**: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti ..... .....
genitori di .....nato/a a ..... il .....
residente a ..... in via.....
n. ….....frequentante la classe ..... della Scuola …….....essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

**chiedono che**

□ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

(oppure)

□ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

| Nome | Cognome | C.F. | Documento di identità |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci**

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.
I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

**Si allega:-**

- **Richiesta dei genitori**

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario

- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Luogo e data, _____

Firma del genitore _____

**Numeri di telefono utili:**
Genitori
Padre .....
Cell/Abitazione .....
Madre .....
Cell/Abitazione
Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....
cell/studio…….....