

Si comunica ai genitori degli alunni che necessitano di farmaci salvavita e/o indispensabili che si è proceduto con la formazione del personale resosi disponibile.

Pertanto, i genitori possono procedere con la loro consegna direttamente ai **Responsabili di plesso**.

Si precisa che i farmaci per i quali le famiglie hanno fatto richiesta sia di **somministrazione** da parte della scuola sia di **autosomministrazione** saranno **necessariamente** consegnati alla scuola, che ne garantirà la custodia negli spazi appositamente individuati.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Cecilia Cariello

FIRMA AUTOGRAFA SOSTITUITA A MEZZO STAMPA
AI SENSI DELL'ART.3, COMMA 2, D.LGS. 39/1993

ALLEGATO n.1 Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo da parte di esercente la potestà genitoriale

Al Dirigente Scolastico dell'IC di Langhirano, via XXV Aprile n.3 - Langhirano

Cap. Località..... Prov.

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

In qualità di genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)..... nato a

..... il..... residente a

Via..... Cap Località Prov.

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

..... sita in Via a

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione scolastica/Educativa e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici/ per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a
- di autorizzare l'accesso alla sede scolastica al Sig..... da me delegato con documento allegato per somministrare il farmaco a mio figlio/a

oppure:

- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data

Firma dei genitori/tutori (1)

.....

.....

Numeri di telefono utili:

famigliari / tutore

pediatra di libera scelta

medico di medicina generale

specialista

Altro

1) Il sottoscritto unico firmatario, 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 art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.