Al DIRIGENTE SCOLASTICO del
6° Istituto Comprensivo Statale"B.Ciari"

Oggetto: **Somministrazione farmaci in orario scolastico**

***** Il sottoscritto, 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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Il/La sottoscritto/a _____, genitore/tutore

dell'alunno/a _____, iscritto e frequentante la

classe _____ sez. _____ della scuola statale _____,

DICHIARA*

che il/la figlio/a deve assumere il/i farmaco/i, **come da certificazione medica allegata**, durante lo svolgimento delle lezioni scolastiche nel seguente orario:

[] alle ore _____
[] prima dell'ora di lezione di _____
[] durante l'ora di lezione _____
[] al termine dell'ora di lezione _____
[] Altro: _____

a tal fine il/la sottoscritto/a genitore/tutore

CHIEDE

il supporto del personale della scuola: SI [] NO []

in caso di richiesta di supporto del personale scolastico precisa che l'alunno/a necessita di supporto):

- durante la somministrazione del/dei farmaco/ci SI [] NO []
- nella vigilanza durante la somministrazione del/dei farmaco/ci SI [] NO []

a tal fine si allegano le istruzioni per la somministrazione del farmaco predisposte dal medico, come da 'allegato di seguito riportato (mod.: *"Dichiarazione medica"*).

Il/La sottoscritto/a solleva il personale docente e ATA da ogni responsabilità inerente la somministrazione del/dei farmaco/ci suindicato/ti.

In caso di necessità e urgenza comunico il/i seguente/i recapito/i telefonico/i a cui rivolgersi:

_____ risponde il sig./ra _____

_____risponde il sig./ra _____

Nel caso la presente richiesta non preveda la necessità del supporto da parte del personale scolastico la famiglia richiede l'autorizzazione affinché l'alunno/a possa portare il farmaco a scuola e autosomministrarselo in caso di necessità.

Consegnano:

- il farmaco per trattamento d'urgenza;
- altro ……

Padova, _____/_____/_____

Firma leggibile (*)_____

Al Dirigente Scolastico del
6° Istituto Comprensivo "B.Ciari"

OGGETTO: **Dichiarazione medica**

Il sottoscritto dott. ……..

medico curante dell'alunno/a……

nato/a a …….il ……...

iscritto alla scuola…….classe…….sez……per l'anno scolastico……..

DICHIARA

che l'alunno/a è affetto da……

……..

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

……

……

……

è necessario che venga somministrato il farmaco ……..

……

nella seguente posologia……

con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione…….

……

e che non è discrezione di chi somministra il farmaco modificare ……..

…….

PRECISA

le modalità di conservazione del farmaco:…….

gli eventuali effetti collaterali……..……

…….

l'eventuale necessità di chiamata del 118…….....

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico e sociosanitario, presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria e che eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto

…… ……..
Data Firma