

**Al Dirigente scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO
PIETRO VANNUCCI
CITTÀ DELLA PIEVE (PG)**

I sottoscritti (Cognome e Nome)

.....,
.....

Genitori dello studente/essa,

(oppure)

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa,

nato/a a..... il/...../..... e residente a

Via, che frequenta la classe sez del plesso

.....dell'Istituto Comprensivo Pietro Vannucci di

Città della Pieve

(PG)

- 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/...../.....;

CHIEDIAMO

- che a nostro/a figlio/a /a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico
- 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. A tal fine dichiaro inoltre che:
 - il farmaco sarà conservato in maniera autonoma da mio/a figlio/a nel proprio zaino
 - il farmaco necessita di essere conservato dalla scuola (solo per casi specifici di conservazione ad esempio frigorifero)

Esprimiamo 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 nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra 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 Dott.

Numeri di telefono:

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

In fede

Luogo e data

Firma*

.....

.....

*in caso di firma di un solo genitore: il 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.

Firma

.....