Istituto Istruzione Superiore "S. Pertini" Alatri
Via Madonna della Sanità—03011 Alatri—Tel. 0775.443005 fax 0775.434709—cf 92027600607
www.istitutopertinialatri.it—email fris00300r@istruzione.it—fris00300r@pec.istruzione.it

Indirizzi: tecnico economico – tecnico tecnologico – tecnico agrario- professionale

Allegato 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS S. PERTINI DI ALATRI

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

☐ Genitore dell'/a alunno/a _____
(oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sull' alunno/a _____,

☐ residente
a _____in Via _____frequentante la

classe _____ sez. _____ dell'IIS SANDRO PERTINI DI ALATRI VIA DELLA SANITA' SNC – SEDE_____

- 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 / medico curante 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 /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

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo 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.

Pediatra di libera scelta /medico di medicina generale, dott._____
Numero di telefono: _____

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