

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti genitori di
.....nato/a a il residente a
..... in via n. frequentante la classe
della Scuolaessendo 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;

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 disponibile, 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:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario

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 cell/abitazione Pediatra di libera
scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) cell/studio