

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

Allegato 2

art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 Maggio 2015, n. 653

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. Lastra a Signa  
Via Togliatti 41 – 50055 Lastra a Signa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome Genitore).....  
esercente la potestà genitoriale sull’alunno/a.....,  
nato/a a (alunno).....il.....  
e residente a.....via.....  
che frequenta la scuola.....classe/sez.....,  
sita in via.....Cap 50055 - Lastra a Signa (Firenze)

- 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.....

**CHIEDO**

anche per conto dell’altro esercente la potestà genitoriale

- che a mio figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano Terapeutico, OPPURE
- che il figlio/a, 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 sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Preso visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi dell’art. 13 del D.L. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche ed integrazioni, pubblicata sul sito della scuola [www.lastrascuola.com](http://www.lastrascuola.com) e affissa all’albo dell’Istituto Comprensivo,  **ESPRIMO**  **NON ESPRIMO** il consenso per l’informazione agli studenti della classe, in merito alla richiesta di somministrazione farmaco al proprio figlio, nei locali ed in orario scolastico.

Sarà mia 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 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 sospensione del trattamento.

Tel. famiglia	Tel. pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del L. Lgs. N. 196/03.

Io sottoscritti, 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.

In fede

**Luogo**..... **Data**..... **Firma**.....