|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrizione: Descrizione: Logo IC |  **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI** | MODELLO A1 |

 ***Al Dirigente Scolastico***

***dell’Istituto Comprensivo “G.B. Angioletti”***

 ***Torre del Greco ( Na)***

I sottoscritti ............................................................................. e ……………………………………………………………………..

in qualità di genitori ‐ affidatari‐ tutori dell'alunno/a ..................................................................………………… frequentante la classe .................. della scuola .......................................... Plesso …………………………………………………….

nell'anno scolastico ....................................

 affetto da ……………………….........…………………………………………...................…. e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………………………… dal Dott. …………………………………………

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

* di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
* di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra ……………………………………………………..
* di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d’ora l’intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto‐somministri la terapia farmacologica con:
	+ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
	+ L’affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)
	+ Inoltre dichiarano che, come riportato nella certificazione medica allegata, il minore può auto- somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola.

**Si consegnano n………… confezioni integre del farmaco denominato…………………………… …………………………………………......, Lotto ……………………… scadenza…………………………… ………………………………. e relativa prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

## In fede,

(Luogo e Data) ................................ il ...................

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

## ………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….

**Numeri di telefono utili:**

Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell ………………………….. Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell ………………………….

Tel. medico curante Dott. ....................................................................................... tel. ………………………

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.