

**PARTE SECONDA - DOCUMENTAZIONE**

**MODULO 1a RICHIESTA PER MINORENNI**

per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico (in caso di alunno/a studente/essa minorenni)

Al Direttore/Dirigente scolastico dell'Istituto.....

Nome..... Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

.....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).

..... nato a.....

il.....

residente a .....in via.....

che frequenta la classe ..... sez .....

della Scuola .....

sita in Via .....

Cap ..... Località .....

prov.....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

### CHIEDO

in nome e per conto anche dell'altro genitore

(barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare a mio/mia figlio/a il farmaco (scrivere nome del farmaco)....., come da Piano di Trattamento Individuale allegato, personalmente o tramite .....da me incaricato;

(oppure)

- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco (scrivere nome del farmaco)....., come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco (scrivere nome del farmaco) ....., come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

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 lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Inoltre chiedo di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno/studente durante le attività scolastiche.

*La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/2016/679*

In fede

Data \_\_\_\_\_

**Firma**