*Allegato 2*

RICHIESTA DEI GENITORI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo Perugia 8

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

genitori dell’alunno/a ………………………………………………………………………………………

della Scuola………………………………………………………classe/sezione…………………………..

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

Comune………………………………………………… Prov……………………………………………..

richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione e il Piano Terapeutico

Individuale redatti dal medico Dr………………………………………………………………..presentati in

allegato alla presente richiesta e dichiarano:

* di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico

resosi disponibile, lo stesso non ha competenze specifiche in materia sanitaria;

* di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano

Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;

* di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione

integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere

a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;

* di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano

Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

papà ………………………………………………….. ………….Tel………………………………………….

mamma ……………………………………………………………Tel…………………………………………

pediatra………………………………………………………………………Tel……………………………….

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono distinti saluti

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_