Sistema Socio Sanitario
Carlo Poma
Regione Lombardia
ASST Mantova

Allegato 2

RICHIESTA DEI GENITORI

(o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data…….

Al Dirigente Scolastico della Scuola
……

I sottoscritti …… ……..

Genitori dell'alunno/a ……

Della classe……. Scuola……..

residente a……..

In via…….

Comune…… Prov…….

Telefono ……..

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr.....presentati in allegato alla presente richiesta.

Dichiarano:

- Di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- 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 (cotone, disinfettante, guanti, ecc), 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.
- Di autorizzare, se del caso, l'auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

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

nome …… Tel……

nome……. Tel……..

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

Firma Firma