ISTITUTO COMPRENSIVO / SCOLASTICO _____ Via _____ - CAP _____ Città _____	**Al Dirigente Scolastico** Dell'Istituto _____ Sede / Plesso _____

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione all'auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico / in classe (ai sensi delle Linee Guida Ministeriali MIUR – Ministero della Salute del 25/11/2005)

1. DATI DEI GENITORI / ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE E DELL'ALUNNO/A

I sottoscritti:
1) Cognome e Nome _____ nato/a a _____ il ___/___/_____
2) Cognome e Nome _____ nato/a a _____ il ___/___/_____
in qualità di genitori / esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:
Cognome e Nome _____ nato/a a _____ il ___/___/_____
residente a _____ (___) in Via/Piazza _____ n. ____
frequentante nell'a.s. 20___/20___ la classe _____ sez. ____ della Scuola: ☐ Primaria ☐ Secondaria di I grado ☐ Secondaria di II grado
Plesso / Sede _____, affetto/a dalla seguente patologia diagnosticata:
_____
____
constatata l'assoluta necessità di assumere la terapia farmacologica durante l'orario scolastico,

CHIEDONO

2. AUTORIZZAZIONE ALL'AUTO-SOMMINISTRAZIONE IN CLASSE

che il/la proprio/a figlio/a sia autorizzato/a ad auto-somministrarsi in classe / nei locali scolastici la terapia farmacologica prescritta dal medico curante / specialista, secondo le modalità e gli orari indicati nel Piano Terapeutico allegato (barrare la modalità richiesta):

☐ **CON LA VIGILANZA DEL PERSONALE SCOLASTICO / DOCENTE** *(sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione da parte dell'alunno/a già autonomo nella gestione del farmaco)*
☐ **CON L'AFFIANCAMENTO DEL PERSONALE SCOLASTICO / DOCENTE** *(controllo puntuale delle modalità, dei tempi e del dosaggio di auto-somministrazione secondo quanto indicato nel Piano Terapeutico)*

3. ESTREMI DEL FARMACO, CONSERVAZIONE E CONSEGNA

Denominazione del farmaco: _____	**N. confezioni integre consegnate:** _____
Lotto n.: _____	**Data di scadenza:** ____/____/_____
Orario / condizione di assunzione: _____	**Modalità di conservazione:** _____
Luogo di custodia a scuola: _____	**Docente/Personale che riceve il farmaco:** _____

4. DICHIARAZIONI, CONSENSO E ALLEGATI

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che l'auto-somministrazione avviene sotto la responsabilità dei genitori stessi e sollevano il personale scolastico da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivante dall'auto-somministrazione del farmaco, purché effettuata nel rispetto delle indicazioni del Piano Terapeutico.

Si allega alla presente:

☑ Prescrizione medica / Piano Terapeutico rilasciato dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), Medico di Medicina Generale (MMG) o Medico Specialista, attestante l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico e l'idoneità dell'alunno/a all'auto-somministrazione.

☐ Copia dei documenti di identità dei genitori / esercenti la responsabilità genitoriale.

5. RECAPITI TELEFONICI DI EMERGENZA

Genitore 1: _____	**Cell. / Tel.:** _____
Genitore 2: _____	**Cell. / Tel.:** _____
Pediatra (PLS) / Medico (MMG): _____	**Cell. / Studio:** _____

Luogo e data: _____, ___/___/20___

Firma del Genitore 1 / Tutore

_____

Firma del Genitore 2 / Tutore

_____

* In caso di firma di un solo genitore: "Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori."