**Allegato 1**

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a........................................................................

frequentante la classe ............ della scuola.......................................................................................

nell'anno scolastico........................, affetto/a da……………………….........………………………………………….

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)

**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) ................................ lì ...................

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. |