**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 da……………………….........…………………………………………...................….

e 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) ................................ il ...................

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. |