

Scuola Paritaria dell'Infanzia San Giuseppe

Codice Meccanografico FI 1A10800P

Scuola Primaria Paritaria Giuntini

Codice Meccanografico FI1E03200L

via del Capitano n.2 - Pontassieve (FI), tel. 055.8368278
segreteria@coopgiuntini.it scuolagiuntini@pec.itCodice modulo:
ALUNNI-020

Revisione del 01/09/2021

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**Alla **Direzione Scolastica**
dell'Istituto Giuntini di Pontassieve
Via del Capitano, 2 - Pontassieve

Il/la sottoscritto/a _____

genitore ovvero tutore legale di _____

frequentate:

 la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia San Giuseppe la classe _____ della Scuola Primaria Giuntini

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dall'Azienda USL _____ dal Dott _____ in data ____ / ____ / _____

CHIEDO anche per conto dell'altro genitore o esercente la potestà genitoriale:

-
- che a mio/a figlio/a stesso siano somministrati in orario scolastico in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico.

 che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.**Ente Gestore**Giuntini Società Cooperativa Sociale ONLUS
Via del Capitano n.2 - 50065 Pontassieve (FI)
Codice Fiscale e Partita IVA 06341100482

PROT. (timbro)

La Segreteria

VISTO

 SI NO

Esprimo il consenso affinché il personale della Scuola individuato dalla Direzione e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura inoltre provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia ed a ogni passaggio scolastico / trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Direzione Scolastica, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

A tal fine comunico:

NUMERO DI TELEFONO FAMIGLIA	NOME E NUMERO DI TELEFONO DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Acconsentendo al trattamento dei dati personali secondo la normativa privacy vigente, il sottoscritto si dichiara consapevole delle sanzioni amministrative e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere previste dal D.P.R. n.445/2000 e dichiara di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Pontassieve, _____

In fede,

(firma)