Ministero dell’Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale Stefano D’Arrigo

Alì Terme - Scuola ad indirizzo musicale – MEIC83700P

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. “Stefano D’Arrigo

ALI’ TERME

**ALLEGATO C**

OGGETTO : prosecuzione somministrazione farmaco salvavita o indispensabile

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitori

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* avendo inoltrato nel decorso dell’A.S. 202…/202… formale richiesta per la somministrazione del farmaco SALVAVITA – INDISPENSABILE (barrare la voce che interessa) in orario scolastico;
* considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita ancora della

somministrazione del farmaco e che la somministrazione - terapia non è mutata,

**chiedono**

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l’ A.S………….

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e,

resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo

personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco,

purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione

dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto

questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni

passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare

adeguatamente al Dirigente Scolastico, 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.

Firma Padre .................................................................................

Firma Madre..................................................................................

Genitori ......................................... ........................................

\*Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verita’, ai sensi del DPR 245/2000, 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”

\*Nel caso in cui firma un solo genitori