**MODELLO 1 - RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO)

Verdello …………..

 Al dirigente scolastico

IC Verdello

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

genitori dell’alunno ................................................................................................................……..

residente a ............................................... in via....................................................................…….

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

RICHIEDONO

la somministrazione dei farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal Dr ………………….. e presentati in allegato alla presente richiesta.

PERTANTO CHIEDONO

**□**  A) LA DISPONIBILITÀ DELLA SCUOLA ALLA SOMMINISTRAZIONE E DICHIARANO DI:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;

- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;

- impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili a seguito dell’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;

- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

**□**  B) LA POSSIBILITÀ DI ACCESSO ALLA SCUOLA per la somministrazione del farmaco da parte di …………………………………………………………………………………………………………………..

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

............................................ ................................................

Numeri di telefono utili:

• Medico curante …………………................................................................

• Genitori .................................................................................................................................

In base al Protocollo d’Intesa tra Regione Lombardia e USR Lombardia (dgr 6919/2017) i genitori sono consapevoli che la Scuola trasmetterà la loro richiesta e il certificato del Medico all’ATS di Bergamo.