**MODELLO 2 - RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE 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……........................................................................….,

constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal Dr ………………….. e presentati in allegato alla presente richiesta.

Dichiarano di sollevare la scuola da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

Numeri di telefono utili:

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

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