**ALL. SF1**

**Al Dirigente Scolastico**

**IC “G. CURIONI”**

**ROMAGNANO SESIA (NO)**

**OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco 󠅯󠅯 salvavita 󠅯indispensabile**

I sottoscritti ................................................................... ...................................................................... genitori di ...................................................nato/a a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via................................................................................. n. ….......frequentante la classe .......... della Scuola …………………………………….......essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

**chiedono che**

che sia consentito l’ingresso nell’istituto scolastico ai sottoscritti/ alle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | C.F. | Documento di identità |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci**

fino all’individuazione e formazione del personale.

per tutto l’anno scolastico.

Si allega:

* apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario;
* Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

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

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

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data l’impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .................................................................cell/abitazione....................................................... Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ................................................. cell/studio…….................