LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 2A

Richiesta di somministrazione farmaci a scuola (a cura dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale – studente minorenne)

Da presentare in Segreteria didattica unitamente all'Allegato 1 (Certificazione del Medico e Piano Terapeutico).

Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» di Milano

Cognome e nome del/la richiedente:	**Rapporto di parentela con lo studente:**
Luogo e data di nascita:	**Codice fiscale:**
Residenza:	**Recapiti telefonici ed e-mail per contatti urgenti:**

Dati dello studente

Cognome e nome:	**Classe e sezione:**
Data di nascita:	**Patologia (facoltativo, se non desumibile dall'Allegato 1):**

Il/la sottoscritto/a, esercente la responsabilità genitoriale sullo studente sopra indicato,

CHIEDE

che al proprio figlio/a sia somministrato, in orario scolastico e secondo il Piano Terapeutico allegato (Allegato 1), il farmaco ivi indicato, e a tal fine

DICHIARA

☐ di essere consapevole che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi volontariamente disponibile, lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie;

☐ di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco e/o ad assistere l'alunno/a secondo le indicazioni del Piano Terapeutico, sollevando l'Istituto e il personale individuato da ogni responsabilità

derivante dalla somministrazione medesima, fermo restando il rispetto delle indicazioni del Piano Terapeutico;

☐ di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco prescritto, in confezione integra, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, microinfusori, sistemi di monitoraggio, glucometri), provvedendo al rinnovo delle forniture in tempo utile e comunque prima della scadenza;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione del Piano Terapeutico, formalmente documentata dal medico;

☐ di autorizzare, ove indicato nell'Allegato 1, l'auto-somministrazione del farmaco da parte dello studente;

☐ di essere consapevole che, in caso di emergenza/urgenza, il personale scolastico contatterà comunque il Numero Unico dell'Emergenza 112.

Milano, _____

Firma del/la richiedente:	**Firma dell'altro genitore/esercente la responsabilità (se presente):**

Informativa privacy: il trattamento dei dati relativi alla salute contenuti nella presente richiesta e nei relativi allegati avviene ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 – cfr. Allegato 6.