LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

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

ALLEGATO 2B

Richiesta di somministrazione farmaci a scuola (a cura dello studente maggiorenne)

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 dello studente:	**Classe e sezione:**
Luogo e data di nascita:	**Codice fiscale:**
Recapiti telefonici ed e-mail:	**Recapiti di un familiare/persona di riferimento per emergenze:**

Il/la sottoscritto/a, studente maggiorenne,

CHIEDE

che gli/le 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 lo studente secondo le indicazioni del Piano Terapeutico, sollevando l'Istituto e il personale individuato da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione medesima;

☐ di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco prescritto, in confezione integra, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, provvedendo al rinnovo delle forniture in tempo utile;

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

☐ di richiedere l'autorizzazione all'auto-somministrazione del farmaco, ove indicato nell'Allegato 1;

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

Milano, _____

Firma dello studente:	