**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI A SCUOLA A.S. 2025-2026**

**Al Dirigente Scolastico dell’I.I.S. L. Cossa di Pavia**

**Prof.ssa Cristina Anna Maria Comini**

Noi, sottoscritti…………………………., ………………….…

genitori / tutori legali dell’alunno/a ……………………………

nato/a a ………….……………….. (provincia di ……...) il ……/……/………….

CF l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l\_l

residente a ……….………… (provincia di……..) Via/piazza …………………..……….. n….., frequentante nell’anno scolastico 20…../20..... la classe ……… sezione …….

**CHIEDIAMO e contestualmente AUTORIZZIAMO**

**per nostro/a figlio/a**

*(scegliere la/e opzioni)*

* La somministrazione del seguente farmaco: ……………….…………... (principio attivo: ……………………….) da parte del personale della scuola
* La somministrazione del seguente farmaco: ……………….…………... (principio attivo: ……………………….) da parte di personale esterno alla scuola da noi indicato ed autorizzato
* L’auto-somministrazione da parte di nostro/a figlio/a della terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale della scuola, come richiesto dal Medico nella documentazione allegata
* La gestione del seguente dispositivo medico ………………………………………..

**Alleghiamo** alla presente richiesta *(obbligatorio):*

* Certificazione che attesta lo stato di malattia di nostro/a figlio/a
* Piano terapeutico relativo alla patologia di nostro/a figlio/a
* Altra eventuale documentazione utile (es. prospetti per utilizzazione /conservazione del farmaco, autorizzazione per la somministrazione del farmaco da parte di personale esterno alla scuola……)

**Ci impegniamo** a:

* Fornire alla Scuola il dispositivo medico il farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, micro infusori di insulina, Sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, glucometri, etc. ), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza con particolare riferimento all’adrenalina auto iniettabile e al farmaco per l’interruzione della crisi epilettica prolungata - farmaci che devono sempre seguire l’alunno/a in ogni momento della sua permanenza a scuola e/o nelle attività extrascolastiche previste (come ad esempio uscite didattiche)
* Segnalare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso

**Forniamo** i nostri recapiti per essere contattati in caso di necessità *(obbligatorio)*:

* Madre (indicare cognome e nome, numeri di telefono a cui sicuramente risponde e indirizzo mail)
* Padre (indicare cognome e nome, numeri di telefono a cui sicuramente risponde e indirizzo mail)
* Tutore legale (indicare cognome e nome, numeri di telefono a cui sicuramente risponde e indirizzo mail)

**Dichiariamo** inoltre che:

* Siamo consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione del farmaco non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
* autorizziamo il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco o ad assistere l’alunno/a e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica

**Note o altre indicazioni**:

Luogo e data Firma dei genitori/tutore

 …………………………………………

 ………………………………………..

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta 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.