**Allegato 2**

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ...................................................................... e ……………………………………………………………………..

in qualità di

Genitori

Soggetti che esercitano la potestà genitoriale dell’alunno

Cognome ............................................................... Nome ...............................................................

Nato il ........................... a ..................................... e frequentante nell’anno scolastico ......../........

la classe ....................... sezione ....................... plesso .............................................................

**CHIEDONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione

medica allegata, rilasciata in data ………………………… dal Dott. …………………………………………….................……

A tal fine:

**AUTORIZZANO**

* Il personale educativo della struttura ospitante il minore alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli sessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
* Il minore stesso all’autosomministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sotto la supervisione di un adulto.

### Si consegnano n………… confezioni integre del farmaco denominato …………………………………………............,

### lotto ………………......……… scadenza ………………....……………….

|  |
| --- |
| **Numeri di telefono utili:**  Tel. Genitori: tel fisso …………………………………………. Tel cell ………………………………………….  Tel. Genitori: tel fisso …………………………………………. Tel cell ………………………………………….  Tel. medico curante Dott. ........................................................................ tel. …………………………………………. |

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.**

Data .........................................

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….

**In caso di unica firma**:

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 e 337ter e 337quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

|  |
| --- |
| In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.  I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia. |

Firma del genitore

…………….……………………………………………………