Modello B

**RICHIESTA INTERVENTO IN EMERGENZA CON SOMMINISTRAZIONE**

Al Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Di Fiore

I / Il / La sottoscritti / o / a………………………………………………………………

(barrare una delle caselle)

* In qualità di genitori
* In qualità di affidatario esclusivo[[1]](#footnote-1)
* In qualità di tutore[[2]](#footnote-2)
* In qualità di genitore vedovo / a[[3]](#footnote-3)

Dell’alunno/a[[4]](#footnote-4) …………………………….....nato/a ……………………il........................frequentante

la classe…………….….sez…………………… Infanzia / Primaria

**CHIEDE/CHIEDONO**

* che in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata, **venga somministrato il/i seguente/i farmaco/i:**
* ………………………………………………………………..
* ***La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell’alunno, patologia, descrizione dell’evento con specifica sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata della terapia ed anche l’indicazione che non è necessario personale specializzato per la somministrazione*.**

Inoltre i genitori si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

A tal fine chiede/chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no **conservato/i nella cassetta del pronto soccorso** dell’infermeria insieme alla certificazione medica allegata; inoltre si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

A tal fine:

**AUTORIZZA/AUTORIZZANO**

II personale individuato dal Dirigente Scolastico della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale atto.

**ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 all’interno dell’Istituzione scolastica.

**Si allega certificazione medica.**

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di riferimento o medico certificatore ………………………………**

**Genitori 1: ...............................................**

**Genitore 2…………………………………….**

In fede,

Data

Firma/e

Genitore 1 …………………………………….

Genitore 2 …………………………

1. **In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.**  [↑](#footnote-ref-1)
2. **In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell’art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall’art.15 della Legge n.3/2003 e dall’art.15 comma 1 della L.183/2011** [↑](#footnote-ref-3)
4. **Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.** [↑](#footnote-ref-4)