**Allegato n. 2**

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA SCUOLA PER LA**

**SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

(da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico)

**Al Dirigente Scolastico**

 **dell’I.C. Leopardi di Torre Annunziata (NA)**

lI/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/i/tutore/i dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- premesso che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, in quanto la prescrizione medica non richiede alcuna discrezionalità da parte di chi la esegue;

- considerata l'assoluta necessità di garantire la somministrazione in ambito ed orario scolastico;

**CHIEDE/ONO**

alla S.V. l’accesso ai locali scolastici per la somministrazione diretta da parte degli scriventi di farmaci in ambito ed orario scolastico, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Dr/ Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La somministrazione sarà effettuata:

* da uno dei genitori sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* da persona delegata (si allega delega): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gli scriventi acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 limitatamente a quanto necessario per le procedure di cui alla presente richiesta.

Numeri di telefono utili: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (GENITORI ) ( MEDICO CURANTE/PEDIATRA)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori \*o di chi esercita la potestà genitoriale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Nel caso in cui firmi un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR445/00, dichiara di aver effettuato la scelta /richiesta in osservazione delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater cod. civ., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.**