

ASILO NIDO PICCOLI BIMBI

di Santini Marta
Via Amendola n.25
27058 Voghera (PV)
P.Iva 04324550286
Cell. 3407915332



Piccoli oggi, grandi domani

Allegato A: **RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la potestà genitoriale)**

Data

Al Dirigente Scolastico dell'ASILO NIDO PICCOLI BIMBI

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno/a _____

Frequentante la sede operativa di: (segnare una casella)

☐ VOGHERA; ☐ RETORBIDO; ☐ CASEI GEROLA; ☐ RIVANAZZANO TERME; ☐ TORTONA; ☐ CASTELLAR GUIDOBONO

RESIDENZA DELL'ALUNNO

COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____

VIA _____ CIVICO _____

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr _____ e presentati in allegato alla presente richiesta.

☐ **Chiedono la disponibilità** della scuola alla somministrazione e dichiarano:

- Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

☐ **Chiedono:**

- che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla

ASILO NIDO PICCOLI BIMBI

di Santini Marta
Via Amendola n.25
27058 Voghera (PV)
P.Iva 04324550286
Cell. 3407915332



Piccoli oggi, grandi domani

presente;

| NOME | COGNOME | CF | DOC IDENTITÀ |
|--|---------|----|--------------|
| | | | |
| | | | |
| Allegare alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci | | | |

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

| NOME E COGNOME | TELEFONO |
|----------------|----------|
| | |
| | |

ALLEGA:

- Apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario (allegato B e allegato C)
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

| LUOGO E DATA | |
|--------------|--|
|--------------|--|

| FIRME GENITORI/TUTORI | |
|-----------------------|--|
| GENITORE / TUTORE 1 | |
| GENITORE / TUTORE 2 | |

BARRARE SE NON NECESSARIO

Il/ la sottoscritto/a _____,
data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori/tutori, 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 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.

| LUOGO E DATA | |
|-------------------------|--|
| FIRMA GENITORE / TUTORE | |