**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**del Liceo classico F. Vivona**

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

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ................................................................................…………………

frequentante la classe ............ della scuola...................................................................................................................

nell'anno scolastico........................, affetto da………………………..................…………………………………………...................….

constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci per l’intera durata del Viaggio di istruzione, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………… dal Dott. ……………………………..……………………………;

consapevoli che la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (Medico) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministratore (art. 2 Linee Guida Nota MIUR prot. n. 2312 del 25/11/2005)

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

* di individuare, tra il personale scolastico, i docenti disponibili ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente dalla partenza del viaggio di istruzione fino alla riconsegna ai genitori o loro delegati l’intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale docente (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione).

**Si precisa che, in assenza di docenti disponibili ad effettuare la prestazione, sarà avvertita la famiglia e richiesto l’intervento del personale sanitario di zona.**

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

### Lotto ……………………… scadenza …………………………..………., relativa prescrizione medica e piano terapeutico

In fede,

(Luogo e Data) ................................ il ...................

Firma di entrambi I Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

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

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

|  |
| --- |
| NB:La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.La richiesta ha validità specificata per la durata del viaggio di istruzione.I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra.  |