**ALLEGATO A**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’ISTITUTO “Duca degli Abruzzi”**

**TREVISO**

OGGETTO: **richiesta di somministrazione/auto-somministrazione di farmaco salvavita in visita guidata/viaggio di istruzione/soggiorno studio**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e nome)

genitore/tutore/studente maggiorenne

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e nome)

genitore/tutore

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante l’Istituto Duca degli Abruzzi di Treviso,

classe \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo lo studente/la studentessa affetto/a dalla seguente patologia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………… constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco,

chiedono che

durante l’uscita didattica/viaggio di istruzione/soggiorno studio

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al/la proprio/a figlio/a sia/siano somministrato/i, da parte del personale non sanitario, il/i farmaco/i indispensabile/i o salvavita previsto/i dal Piano Terapeutico depositato, redatto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare il nome del/dei farmaco/farmaci) ......................................................................

nel momento del bisogno (indicare quando) ..............................................................

con la seguente modalità ........................................................................................

I sottoscritti esprimono il consenso affinché (barrare la casella interessata):

□ i docenti accompagnatori/la famiglia ospitante/il personale della struttura scolastica dello Stato estero (previo accertamento legislazione dello stato, se viaggio all’estero) **somministrino** il/i farmaco/i previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del/i farmaco/i, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà cura della famiglia consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/viaggio d’istruzione, soggiorno studio il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine del viaggio.

***oppure***

□ il/la proprio/a figlio/a **si autosomministri**, durante la/il visita guidata/viaggio d’istruzione/soggiorno studio, con la vigilanza del personale presente il/i farmaco/i salvavita previsto/i dal Piano terapeutico depositato.

I sottoscritti sono consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano Io stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Data / /

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

Firma del genitore o dell’esercente la potestà genitoriale

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

Firma del genitore o dell’esercente la potestà genitoriale

***N.B.: qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche per conoscenza della volontà e del consenso dell’altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale, ai sensi degli artt. 316,337 ter e 337 quater del C.C.***