

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI PORRETTA TERME**

**Via Marconi,61-40046 Porretta Terme (BO)**

**Tel.0534-22448 e mail** boic832006@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico dell’IC.

di PORRETTA TERME

**SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN MINORE DIABETICO**

I SOTTOSCRITTI …............................................................................................................................................................

GENITORI DEL MINORE......................................................................................................................

 NATO/A....................................................IL..............................................................................................

RESIDENTE A ….........................................IN VIA ...............................................................................

FREQUENTANTE LA CLASSE ………………………………………sez……………………….

DELLA SCUOLA DI.......................................................................................................................

**CHIEDIAMO**

**□** che a nostro/a figlio/a sia misurata la glicemia dal personale scolastico, come da schema medico autorizzato allegato alla presente

**□** che nostro/a figlio/a sia sorvegliato dal personale scolastico durante la misurazione della glicemia che effettua in maniera autonoma, secondo lo schema medico autorizzato allegato alla presente

**□** che sia consentito ai sottoscritti l'accesso alla scuola per la somministrazione di insulina nei seguenti orari ………. ………………

**□** che a nostro/a figlio/a sia somministrata l'insulina dal personale scolastico secondo lo schema medico autorizzato allegato alla presente, in quanto siamo impossibilitati a recarci personalmente presso la scuola

A tal fine dichiariamo sotto la nostra responsabilità di essere impossibilitati a recarci presso la scuola per la somministrazione di insulina per i seguenti motivi:

**□** occupazione lavorativa di entrambi i genitori fuori Comune residenza

**□** occupazione nel Comune di residenza ma senza la possibilità di usufruire di pausa pranzo

□ assenza di famigliari o amici di famiglia disponibili alla somministrazione di insulina presso la scuola

*□ altro..................................................................................................................................................*

**□** che nostro/a figlio/a sia sorvegliato dal personale scolastico durante la auto- somministrazione di insulina secondo lo schema medico allegato alla presente

**□** che sia conservato presso la scuola in frigorifero il farmaco GLUCAGONE, da utilizzarsi in caso di ipoglicemia severa con perdita di coscienza, secondo lo schema medico autorizzato e allegato alla presente

Siamo consapevoli che il personale scolastico non ha competenze ne funzioni sanitarie e che non e obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni. Ci assumiamo la responsabilità di richiedere eventuali modifiche alla presente per eventuali aggiornamenti del piano terapeutico/assistenziale e o per intercorse variazioni della situazione famigliare che rendano possibile il nostro personale intervento nella somministrazione di insulina .

Luogo e data …………………………..

 Firma del padre……….…............................................

Firma della madre.....................................................

# In alternativa:

Il sottoscritto conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi de DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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 DEL GENITORE