**(ALLEGATO E)**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’Istituto Comprensivo di UGENTO**

**Via Goldoni, 73059 UGENTO (LE)**

**DICHIARAZIONI PERSONALI DEI GENITORI/TUTORI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

l/i sottoscritto/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitore/i Tutore

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequentante la classe /sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nell’anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono/i cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Visto il verbale di consegna del farmaco

- Visto il verbale di custodia del farmaco

- Visto il protocollo specifico d'intervento di primo soccorso

**DICHIARA/DICHIARANO**

1. di aver verificato personalmente che il farmaco consegnato viene custodito in locale e secondo modalità conformi alla prescrizione medica allegata;
2. di essere impossibilitato/i a somministrare il farmaco in caso di emergenza;
3. di essere consapevole/i che il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico NON HA competenze sanitarie;
4. di LIBERARE DETTO PERSONALE o, in assenza di esso, qualunque soggetto necessitato all’intervento di emergenza richiesto da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA’, purché l’intervento sia rispettoso del protocollo specifico accettato e sottoscritto;
5. di provvedere alla sostituzione del farmaco in prossimità della sua scadenza, sollevando il personale scolastico da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA’ sul rispetto delle date;
6. di obbligarsi a presentare all’inizio di ogni anno scolastico in cui il/la proprio/a figlio/a frequenta codesta Istituzione Scolastica nuova e aggiornata certificazione medica qualificata;
7. di obbligarsi ad accompagnare tale presentazione documentale da separata ed esplicita SEGNALAZIONE DI SUSSISTENZA O INSUSSISTENZA DI VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE CERTIFICAZIONE AL FINE DI PROVVEDERSI DA PARTE DELL’AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA ALLE CONSEQUENZIALI VARIAZIONI DEL PROTOCOLLO DI INTERVENTO
8. di essere consapevole/i che, in assenza di tale segnalazione, la Scuola manterrà il precedente protocollo di intervento, sollevando la Scuola ed il suo personale da ogni e qualsivoglia responsabilità connessa a tale colpevole omissione;
9. di essere stato/a/i edotto/a/i dal Dirigente Scolastico o suo delegato circa ogni aspetto legato all’eventualità della somministrazione del farmaco prescritto al/alla proprio/a figlio/a, accettandone le misure adottate in quanto rispondenti agli interessi tutti di tutela del proprio/a figlio/a;
10. di aver ricevuto copia dei modelli B, C, D, E, debitamente sottoscritti.

In fede,

(luogo) , …………………………..…………...(data)…………………………………………

**Firme dei genitori/tutori esercenti la responsabilità genitoriale**

**…………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………**