

	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. MARCONI" Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado – 84091 - Battipaglia (SA) -	
Codice Fiscale: 91050600658	Sito internet: www.icmarconibattipaglia.edu.it	Codice Meccanografico: SAIC8AD009
Ambito: DR Campania - SA-26	E-mail: saic8ad009@istruzione.it	Indirizzo: Via Ionio Snc
Telefono: 0828 371200	P.E.C.: saic8ad009@pec.istruzione.it	Codice Unico Ufficio: UFCGWI

MODULO 1_richiesta somministrazione farmaco a scuola

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabile

I sottoscritti genitori
dinato/a a il residente a
..... in via..... n.
.....frequentante la classe della Scuolaessendo il minore affetto da una
patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

chiedono che

☐ al/la proprio/a figlio/a sia consentita l'autosomministrazione del farmaco avendo questi età, esperienza ed addestramento adeguati

(oppure)

☐ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa _____ ed allegato alla presente;

(oppure)

☐ 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 presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

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

Numeri di telefono utili:

Genitori cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

cell/studio.....