



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Laureana Gal. Fer. Melicucco"
di Laureana di Borrello

Io sottoscritto/a _____, genitore dello studente _____
_____, nato/a a _____ il/...../..... e residente
a _____ in Via _____, numeri telefonici
utili _____ che frequenta
la classe _____ sez. _____ della Scuola _____,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal _____ in data/...../20___;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

- ☐ che a mi__ figli__ **siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico.**
- ☐ che mi__ figli__ , **essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, del farmaco previsto dal Piano terapeutico.**

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché **comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente e per iscritto al Dirigente Scolastico**, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del Regolamento (UE) 679/2016.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

Firma

___/___/___
