



**Istituto Comprensivo
Carinola - Falciano del Massico
Carinola – CE -**

tel.: 0823/939042 – 0823/939063
fax: 0823/939042 – 0823/939542
cod. mecc.: CEIC88700Pe-mail:
ceic88700p@istruzione.it



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

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),
 Genitore dello studente/essa, (oppure)
 Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa,
(oppure) Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il// e
residente a in Via, che frequenta la
classe sez dell'Istituto sito in
Via Cap,
Località Provincia,
• 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 Servizio di Pediatria dell'Azienda USL /dal Dott., in
data//

CHIEDO

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

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci
previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario
scolastico, dei farmaci previsti 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 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.

	Famiglia	Pediatria di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

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

(1) Firma

__/__/__

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

Il Dirigente Scolastico