

Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allegato A

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

Al Dirigente scolastico dell'IC "A. Custra"  
Europa, 22  
80040 – Cercola (NA)

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 ... indirizzo \_\_\_\_\_ dell'IC  
A. CUSTRA",

- 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 ASL ... /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 il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli **operatori sanitari in caso di interventi del 118** secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico curante

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo 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.

numeri di telefono	famiglia	pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

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.

Si allega alla presente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In fede,

Luogo

Data

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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