



Modulo 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "DANTE ALIGHIERI" di Pesaro

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

I sottoscritti e
genitori di nato/a a il
residente a in via n.....
frequentante la classe sez..... della Scuola
essendo 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 si auto somministri in orario scolastico, sotto la supervisione del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dalla certificazione medica redatta dal dott./dott.ssa ed allegata alla presente;

(oppure)

☐ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dalla certificazione medica redatta dal dott./dott.ssa ed allegata alla presente;

(oppure)

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dalla certificazione medica redatta dal dott./dott.ssa ed allegata 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 (allegato 2)
- modulo informativa privacy di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Si consegna:

n..... confezioni integre del farmaco denominato

Lotto scadenza e relativa prescrizione medica

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

II/ 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:

Genitore 1 cell/abitazione.....

Genitore 2 cell/abitazione.....

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