

Alla Dirigente Scolastica  
dell'I.C. "B. Brin" di Terni

Il sottoscritto ..... nato a ....., il ..... e  
residente in ..... e la sottoscritta ..... nata a  
..... il ..... e residente in .....  
rispettivamente padre e madre esercenti/e la patria potestà o affidatari/o tutori/e dell'alunna/o  
..... nato a ....., il..... e  
residente in ....., frequentante attualmente la classe .....  
sezione ..... della scuola ..... nell'anno scolastico, essendo il minore affetto da:

- Crisi convulsive
- Asma bronchiale
- Shock anafilattico
- Diabete giovanile

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata (ALLEGATO 1), rilasciata in data ..... dal Dott. ....

**CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)**

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a;
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale;
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - la vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica dell'avvenuta auto-somministrazione)
  - l'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto-somministrazione)

**La richiesta è riferita:**

- al periodo dal ...../...../..... al ...../...../..... dell'anno scolastico 20..../20.....
- al corrente anno scolastico ...../.....

**Modalità di custodia del farmaco**

- Custodito dal personale scolastico
- Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Allega:

- 1) **certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (ALLEGATO 1)**, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione;
- 2) **INFORMATIVA PRIVACY SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA E CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_ 1

(ai sensi del DPR 445/2000)

Firma

\_\_\_\_\_ 2

(ai sensi del DPR 445/2000)

1, 2 Allegare copia documento riconoscimento valido del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000.

### **Numeri di telefono utili**

#### **Telefono Genitori:**

tel. fisso .....

tel. cell. padre .....

tel. cell. madre .....

#### **Telefono medico curante**

Dott. ....

tel.fisso .....

tel. cell .....