



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "C. CASTELLER"

*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado*

Viale Panizza, 4 - 31038 - Paese (TV)

Tel. 0422.959057 - Fax 0422.959459 - Codice Fiscale 94131860267

e-mail: [tvic868002@istruzione.it](mailto:tvic868002@istruzione.it) ; PEC: [tvic868002@pec.istruzione.it](mailto:tvic868002@pec.istruzione.it) ; sito: [www.icpaese.edu.it](http://www.icpaese.edu.it)



## ALLEGATO N. 1

### RICHIEDA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. "Casteller" di Paese**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ quantante

l'Istituto \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Che il proprio figlio/a

\_\_\_\_\_ è affetto/a da

\_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità

- 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 .../.../.....

#### CHIEDE

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato medico

rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZA

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente Scolastico a effettuare la somministrazione del farmaco, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, non essendo richieste nella somministrazione il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Il sottoscritto genitore dell'alunno si rende disponibile a partecipare all'incontro formativo/informativo che la scuola organizzerà per fornire le modalità di somministrazione del farmaco, facilitando anche la partecipazione del medico/specialista che ha in cura l'alunno/a.

Allega, a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

#### SI IMPEGNA



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "C. CASTELLER"

*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado*

Viale Panizza, 4 - 31038 - Paese (TV)

Tel. 0422.959057 - Fax 0422.959459 - Codice Fiscale 94131860267

e-mail: [tvic868002@istruzione.it](mailto:tvic868002@istruzione.it) ; PEC: [tvic868002@pec.istruzione.it](mailto:tvic868002@pec.istruzione.it) ; sito: [www.icpaese.edu.it](http://www.icpaese.edu.it)



- a fornire il farmaco da conservare presso il plesso che frequenta il/la propria figlio/a;
- a sostituirlo in prossimità della scadenza;
- a fornire la borsa termica se il farmaco dovesse prevedere, negli spostamenti (uscite didattiche e attività motorie), di condizioni particolari di conservazione;
- a segnalare ogni variazione dovesse essere necessaria in merito alla somministrazione;
- 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.
- a essere sempre reperibile e nel caso fosse necessario, a recarsi tempestivamente a scuola.

### L'utente acconsente espressamente a quanto sopra citato

e al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **\*\*NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia documento di riconoscimento di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale.

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero \_\_\_\_\_

2° numero \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del medico per richiedere eventuali delucidazioni in merito alla somministrazione del farmaco.

numero \_\_\_\_\_