ISTITUTO COMPRENSIVO "CECILIA DEGANUTTI" DI LATISANA

INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO

Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)

Tel. 0431 520311/511061 - *C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302*

Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8

e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it

sito web: https://iclatisana.edu.it

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Cecilia Deganutti" di Latisana

OGGETTO: richiesta di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

I sottoscritti

_____ nato/a a _____ il _____

_____ nato/a a _____ il _____

genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a

_____ nato/a a _____ il _____

frequentante nell'a.s. _____ la classe/sezione _____ del plesso _____

☐ Scuola dell'infanzia ☐ Scuola primaria ☐ Scuola secondaria di primo grado

affetto/a da una patologia che richiede la somministrazione di farmaci in orario scolastico, come attestato dalla certificazione medica allegata,

CHIEDONO

(barrare le voci che interessano)

☐ che i farmaci prescritti dal medico curante siano somministrati dal personale scolastico che ha sottoscritto il Piano individuale, per:

☐ continuità terapeutica (a orario fisso) ☐ emergenza (al bisogno, secondo il Piano individuale)

☐ che l'alunno/a possa autosomministrarsi il farmaco, sotto la vigilanza di un adulto, come indicato dal medico;

☐ che sia consentito l'ingresso nei locali scolastici alle seguenti persone, per somministrare personalmente il farmaco:

Nome e cognome	Rapporto con l'alunno/a	Documento di identità (tipo e n.)	Telefono

ISTITUTO COMPRENSIVO "CECILIA DEGANUTTI" DI LATISANA
INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO
Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)
Tel. 0431 520311/511061 - *C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302*
Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8
e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it
sito web: https://iclatisana.edu.it

Nome e cognome	Rapporto con l'alunno/a	Documento di identità (tipo e n.)	Telefono

DICHIARANO

- di aver preso visione del Protocollo per la somministrazione dei farmaci dell'Istituto;
- di essere consapevoli che il personale scolastico non ha competenze sanitarie e interviene su base volontaria, seguendo la prescrizione medica e il Piano individuale di intervento;
- di acconsentire alla somministrazione da parte del personale individuato dal Dirigente e di sollevarlo da responsabilità derivanti dalla somministrazione, purché effettuata secondo la prescrizione medica e il Piano individuale.

SI IMPEGNANO A

- consegnare il farmaco in confezione integra e non scaduta, con nome e cognome dell'alunno/a, firmando il verbale di consegna;
- sostituire il farmaco prima della scadenza o quando è esaurito;
- comunicare subito per iscritto ogni variazione della terapia, allegando una nuova certificazione medica;
- rinnovare la richiesta all'inizio di ogni anno scolastico e al passaggio a un altro ordine di scuola;
- essere sempre reperibili ai numeri indicati di seguito.

La presente richiesta vale per l'anno scolastico indicato, salvo diversa durata indicata dal medico.

Numeri di telefono utili

Riferimento	Nome e cognome	Cellulare	Altro recapito
Genitore 1			
Genitore 2			
Altro adulto di riferimento			
Pediatra / medico curante			

Fotografia nel Piano individuale

ISTITUTO COMPRENSIVO "CECILIA DEGANUTTI" DI LATISANA
INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO
Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)
Tel. 0431 520311/511061 - *C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302*
Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8
e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it
sito web: https://iclatisana.edu.it

Per consentire il riconoscimento immediato dell'alunno/a in caso di emergenza, i sottoscritti

☐ autorizzano ☐ non autorizzano

l'inserimento di una fotografia dell'alunno/a nel Piano individuale di intervento.

Si allegano:

☐ certificazione medica con prescrizione (Allegato 2)

☐ copia dei documenti di identità delle persone delegate

☐ informativa sul trattamento dei dati personali, firmata

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

_____

_____

Da compilare solo se firma un genitore

Il/la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta nel rispetto 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 _____

Spazio riservato alla segreteria

Ricevuta il _____ Prot. n. _____

Documentazione completa: ☐ sì ☐ no, manca _____