

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

Al Dirigente scolastico dell'IIS Barcellona Medi  
Via degli Studi 74, Barcellona P.G.(ME)

Noi sottoscritti (Cognome e Nome) .....

(oppure) Io sottoscritto (Cognome e Nome) .....

Genitori dell'alunno/a .....

(oppure)  Tutori legali dell'alunno/a.....,

(oppure)  alunno/a maggiorenne nato/a a..... il ....../...../..... e residente a  
..... in Via ....., che frequenta la  
classe ... sez ... dell'IIS Barcellona Medi, sito in Via degli Studi 74, Cap. 98051, Barcellona P.G., Provincia  
Messina,

- Consapevole/i 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'ASP ... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

### CHIEDIAMO/CHIEDO

che a nostro/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico  
(oppure)

che nostro/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimiamo/Esprimo il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente Scolastico e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleviamo/sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra/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 nostra/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 curante

A tal fine acconsentiamo/acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

*N.B.: In caso di dichiarazione resa da un solo genitore o tutore legale*

*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.*

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(1) Genitori o tutori legali dell'alunno/a  
o alunno/a (se maggiorenne).