



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



**ISTITUTO COMPRENSIVO RUGGIERO – 3° CIRCOLO
C A S E R T A**

Via Montale, 36 - tel. e fax 0823/327010
e-mail ceic8a000n@istruzione.it pec: ceic8a000n@pec.istruzione.it
sito web: icruggieroterzocircolo.edu.it
Cod. Fisc. 93090190617 - Cod. Mecc. CEIC8A000N
C. U.: UFFW31



Programmi Operativi Nazionali
Competenze per lo sviluppo
(FSE)
Ambienti per l'apprendimento
(FESR)

Oggetto: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),
☐ Genitore dello studente/essa, (oppure)
☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa,
 (oppure) ☐ Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il// e
 residente a in Via, che frequenta la
 classe sez dell'Istituto sito in
 Via Cap

Località Provincia,

- 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//

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

☐ che mio/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

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo

personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà 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 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.

	Famiglia	Pediatria di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

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

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) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale
per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

Il Dirigente Scolastico